

DE OPLEIDING TOT MEDISCH SPECIALIST

Voor Myrthe en Micha

DE OPLEIDING TOT MEDISCH SPECIALIST

**EEN EVALUATIE VAN HET OPLEIDINGSBELEID
VAN HET CENTRAAL COLLEGE
VOOR ERKENNING EN REGISTRATIE VAN
MEDISCHE SPECIALISTEN**

**THE TRAINING OF MEDICAL SPECIALISTS
AN EVALUATION OF THE TRAINING POLICY
OF THE CENTRAL BOARD FOR RECOGNITION AND
REGISTRATION OF MEDICAL SPECIALISTS**

PROEFSCHRIFT

**TER VERKRIJGING VAN DE GRAAD VAN DOCTOR
IN DE GENEESKUNDE
AAN DE ERASMUS UNIVERSITEIT ROTTERDAM
OP GEZAG VAN DE RECTOR MAGNIFICUS
PROF. DR. M. W. VAN HOF
EN VOLGENS BESLUIT VAN HET COLLEGE VAN DEKANEN.
DE OPENBARE VERDEDIGING ZAL PLAATSVINDEN OP
WOENSDAG 9 OKTOBER 1985 TE 14.00 UUR**

DOOR

**ADRIAAN ABRAHAM DE ROO
GEBOREN TE VOORBURG**

BEGELEIDINGSCOMMISSIE

Promotor : Prof. drs. C.F. van der Klauw

Overige leden : Prof. dr. J. Kooiman

Prof.mr. W.B. van der Mijn

Prof. dr. H.A.W.M. Tiddens

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Roo, Adriaan Abraham de

De opleiding tot medisch specialist : een evaluatie van
het opleidingsbeleid van het Centraal College voor
Erkenning en Registratie van Medische Specialististen /
Adriaan Abraham de Roo. - [S.l. : s.n.]
Proefschrift Rotterdam. - Met lit. opg., reg. - Met
samenvatting in het Engels.

ISBN 90-9001011-4

SISO 603.3 UDC 371:614.23-057.21

Trefw.: medische specialisten ; opleidingen.

VOORAF

Ik ervaar mijn universitair werk als een doorlopend leerproces. Als zodanig onderga ik het als een boeiend gebeuren dat ik niet graag zou willen missen. Uit het voorrecht voortdurend te kunnen leren vloeit de verplichting voort de verworven inzichten en mogelijkheden tot uitdrukking te brengen tegenover derden. Dit proefschrift is een van de vormen waarin ik aan deze verplichting tracht te voldoen. Maar in welke vorm het ook gebeurt, steeds geldt dat wat ik tot uitdrukking breng mijn persoonlijke verwerking is van wat anderen eerder aan mij hebben overgedragen.

In dit proefschrift bouw ik voort op gedachten en inzichten die mij zijn aangereikt door degenen met wie ik in de afgelopen jaren heb gewerkt en geleefd. Hun aantal is veel te groot om ze afzonderlijk te noemen. Daarom moet ik er noodgedwongen mee volstaan ze op deze plaats gezamenlijk te bedanken voor de wijze waarop ze aan mijn ontwikkelingsgang hebben bijgedragen en soms nog bijdragen.

Voor twee personen wil ik een uitzondering maken omdat ze op wel zeer specifieke wijze aan de totstandkoming van dit proefschrift zijn verbonden. Prof. drs. C.F. van der Klauw legde de grondslag voor mijn denken over onderwijskundig evaluatie-onderzoek. En wat meer is, als promotor stimuleerde hij mij dit denken verder te ontwikkelen ten behoeve van het onderwerp van dit proefschrift, de evaluatie van het opleidingsbeleid van het Centraal College. Prof. dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen maakte, als voorzitter van het Centraal College en van de Commissie Opleidingsproblematiek Specialismen, het evaluatie-onderzoek daadwerkelijk mogelijk.

Een proefschrift moge de neerslag zijn van een leerproces, het komt mede tot stand doordat bepaalde randvoorwaarden zijn vervuld. In de eerste plaats moet er geld zijn om het onderzoek te doen. Het evaluatie-onderzoek waarover in dit proefschrift verslag wordt gedaan, werd gefinancierd door de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst, de Landelijke Specialisten Vereniging en de ministeries van Onderwijs & Wetenschappen en Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. In de tweede plaats moeten teksten uitgetikt worden. Deze taak is mij uit handen genomen door Els van der Schee, Cheli Andujar en Adrie Tober. Zij hebben niet alleen eindeloos veel werk verzet, maar bovendien mijn frustraties geïncasseerd op de momenten dat de geavanceerde tekstverwerkingsapparatuur het weer eens liet afweten. In de derde plaats is er een zekere mate van persoonlijke rust nodig om productief te kunnen zijn. Om uiteenlopende vreugdevolle en verdrietige redenen waren de omstandigheden waaronder dit proefschrift werd voorbereid bijzonder turbulent. Maar er waren steeds mensen die mij de rust wisten te verschaffen op de momenten dat dit nodig was. Ik dank hen voor hun inzicht en hun hulp.

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD

1.	VRAAGSTUKKEN ROND DE OPLEIDING TOT MEDISCH SPECIALIST	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Kollegiale oordeelsvorming en het beleid van het Centraal College	3
1.3	Commissie Opleidingsproblematiek Specialismen	6
1.4	Naar een formele evaluatie	8
2.	EVALUATIE-ONDERZOEK	11
2.1	Zes evaluatiestrategieën	11
2.2	Herkomst van de strategieën	12
2.3	Kernproblemen bij de opzet van evaluatie-onderzoek	21
2.4	Eisen aan de onderzoeker	23
2.5	Afbakening van gegevens	24
2.6	Selectie van beoordelingsmaatstaven	27
2.7	Totstandkoming van het oordeel	28
2.8	Onderzoeksresultaten en besluitvorming	30
2.9	Aanvaarding van het oordeel	32
3.	DE OPZET VAN HET ONDERZOEK	39
3.1	De doelgroep	39
3.2	Het objekt van onderzoek	40
3.3	Doel van het onderzoek	41
3.4	Afstemming op omgevingskenmerken	44
3.5	Werkwijze en nadere uitwerking van de onderzoekopzet	46
3.6	Begrenzingsen	50
3.7	Taakverdeling in het onderzoek	52
3.8	De onderzoekopzet als evaluatiestrategie	54
4.	HET BELEID VAN HET CENTRAAL COLLEGE	61
4.1	Inleiding	61
4.2	Het aanbod van opleidingen	62
4.3	Eindniveau en inrichting van de opleidingen	65
4.4	De opleidingseisen	67
4.5	De beleidsinstrumenten	76
5.	DE OPLEIDINGSORGANISATIE	79
5.1	Inleiding	79
5.2	Opleidingen, opleiders en opgeleiden	80
5.3	Verdeling van taken en bevoegdheden	82
5.4	Het opleidingsnetwerk	85
5.5	De beleidsruimte van het Centraal College	88
5.6	Typen opleidingen en hun onderlinge verschillen	91

6.	VERANDERINGEN IN DE OMGEVINGSKENMERKEN	97
6.1	Inleiding	97
6.2	Van solitaire beroepsuitoefening naar afdelingsstaf	98
6.3	Van integrale naar partiële uitoefening van specialismen	103
6.4	Verschillen in werkzaamheden tussen ziekenhuizen	109
6.5	Veranderingen in de programma-opbouw	115
6.6	Veranderende arbeidsvoorwaarden	116
6.7	Uitbreiding van het takenpakket van de medisch specialist	119
6.8	Veranderingen in de wijze van kennisoverdracht	122
6.9	Het stelsel van geneeskundige opleidingen	125
6.10	De vraag naar deeltijdse opleidingen	129
7.	INLEIDING OP DE PROBLEEMANALYSE	133
8.	DE AANSLUITING VAN DE OPLEIDINGEN OP DE BEROEPSUITOEFENING	137
8.1	Einddoel en inhoud van de opleiding	137
8.2	De huidige situatie	138
8.3	De diskrepantie	141
8.4	Een tweede diskrepantie	142
8.5	Mogelijke oplossingen	143
9.	PROBLEEMANALYSE: DE INHOUD VAN DE OPLEIDING	149
9.1	De oorspronkelijke omgevingskenmerken	149
9.2	Veranderingen in de omgevingskenmerken	150
9.3	Uitwerking in opleidingseisen	152
9.4	Kwantificering van de programma-inhoud	155
9.5	Realiseerbaarheid van de voorstellen	156
10.	PROBLEEMANALYSE: DE BEOORDELING VAN ASSISTENTEN	159
10.1	Inleiding	159
10.2	Validiteit van de beoordeling	160
10.3	Betrouwbaarheid van de beoordeling	162
10.4	Voorstellen aangaande de beoordeling van kennis	165
10.5	De beoordelaars	167
10.6	Tijdstip van beoordelen	168
10.7	De selekterende beoordeling	168
11.	PROBLEEMANALYSE: EISEN AAN DE OPLEIDERS	171
11.1	Opleider en opleidingsteam	171
11.2	Eindverantwoordelijkheid voor het opleidingsteam	172
11.3	Deskundigheid van opleiders	173
11.4	Realiseerbaarheid	174
12.	PROBLEEMANALYSE: EISEN AAN DE OPLEIDINGSINRICHTINGEN	175
13.	PROBLEEMANALYSE: DE THEORETISCHE OPLEIDING	179

14.	DEELTIJDSE OPLEIDING	183
14.1	De vraag naar deeltijdse opleidingen	183
14.2	Vormen van deeltijdse opleiding	184
14.3	De jaarlijkse beoordeling	185
14.4	De eindbeoordeling	186
14.5	Realiseerbaarheid	187
15.	DOELTREFFENDHEID VAN DE BELEIDSINSTRUMENTEN	189
15.1	Inleiding	189
15.2	De visitatie	189
15.3	Beoordeling van de opleiding	193
16.	SLOTBESCHOUWING	195
16.1	Het veranderend sociaal-kultureel landschap	195
16.2	Het gebruik van de onderzoeksresultaten	198
16.3	Reakties op het eindrapport	199
16.4	Opleidingscapaciteit en kwaliteit van de opleiding	202
	SUMMARY	205
	BIJLAGEN	209
	LITERATUURLIJST	257
	ZAKENREGISTER	269
	AUTEURSREGISTER	271
	CURRICULUM VITAE	273

1. VRAAGSTUKKEN ROND DE OPLEIDING TOT MEDISCH SPECIALIST

1.1 Inleiding

Medische specialisten zijn artsen die zich toeleggen op de uitoefening van een onderdeel van de geneeskunde. Zij worden op hun werkzaamheden voorbereid door middel van een praktijkopleiding na het artsexamen. De arts is dan een aantal jaren als assistent-geneeskundige in de intramurale zorg werkzaam onder verantwoordelijkheid van een erkende opleider. De opleiding moet aan een groot aantal voorschriften voldoen. Deze hebben betrekking op de opleider, de plaats waar wordt opgeleid (de "opleidingsinrichting") en het opleidingsprogramma. De voorschriften zijn opgenomen in een door de Koninklijke Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst (KNMG) uitgegeven handleiding, getiteld: "Erkenning en Registratie van Medische Specialisten".

In 1983 waren er volgens een schatting van het ministerie van WVC ongeveer 6600 zelfstandig declarerende specialisten in Nederland (WVC, 1984) terwijl er nog eens 2800 specialisten in opleiding waren. Honderd jaar daarvoor praktizeerden er volgens de statistiek van de KNMG 32 specialisten, een aantal dat steeg van 54 (1890) en 462 (1910) tot 872 in 1924. In die jaren was de opleiding tot specialist niet geregeld. Velen gingen bij wijze van opleiding gedurende enige tijd als assistent in een universiteitskliniek werken, maar vaste voorschriften waren er niet. Daardoor ontbrak ook de garantie dat een specialist daadwerkelijk de bekwaamheid had verworven om zijn beroep op verantwoorde wijze uit te oefenen.

De eerste voorstellen tot regeling van de opleiding tot medisch specialist dateren van 1908 (Festen, 1974). Zij vormden het begin van een discussie die tot 1932 zou duren. In dat jaar werd door de KNMG het specialistenregister ingesteld. Met de ziekenfondsen werd overeengekomen dat voortaan alleen de werkzaamheden van ingeschreven specialisten zouden worden vergoed. Op deze wijze werd langs privaatrechterlijke weg de beroepsuitoefening van niet-ingeschreven specialisten min of meer onmogelijk gemaakt.

De instelling van het specialistenregister opende de mogelijkheid tot reglementering van de opleiding. Er werden regels opgesteld waaraan de opleiding moest voldoen opdat de opgeleide specialist ingeschreven kon worden. In 1932 beperkten deze regels zich vooralsnog tot de bepaling

dat men gedurende drie jaar als assistent werkzaam moest zijn geweest in een universiteitskliniek of op een afdeling van een vergelijkbaar ziekenhuis. De Specialisten Registratie Commissie (SRC) kreeg het beheer over de registers opgedragen en moest voorts toezien op de naleving van deze bepaling. In de volgende jaren werden er criteria uitgewerkt om te beoordelen of een niet-akademische kliniek voor een opleiding in aanmerking kon komen. Tevens kwamen er per specialisme nadere regels tot stand.

In 1949 kwam de kommissie-Zeeman met voorstellen tot reorganisatie van de specialistenregistratie op grond waarvan in 1950 de opleidingseisen werden herzien en uitgebreid. Bij deze gelegenheid werd de mogelijkheid geopend per specialisme eisen te stellen aan de inhoud van de opleiding. Voorts werden eisen geformuleerd waaraan inrichtingen en afdelingshoofden moesten voldoen om opleidingsbevoegdheid te krijgen. Ook werd de opleidingsduur voor verschillende specialismen verlengd. Tevens werden er visitatiekommissies ingesteld, die voor de SRC op de naleving van de opleidingseisen moesten gaan toezien (Schalm en Roos, 1981; Grond, 1977).

In 1961 werd de huidige structuur voor de bestuurlijke organisatie van de opleidingen ingevoerd. Het belangrijkste verschil met de voorgaande structuur was de instelling van het Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medisch Specialisten. Dit nieuwe beleidsbepalend orgaan nam van de SRC de bevoegdheid tot vaststelling van opleidingseisen over. Van de KNMG werd de bevoegdheid tot erkenning van nieuwe specialismen overgenomen. De SRC werd in de nieuwe structuur o.a. belast met de tenuitvoerlegging van het beleid van het Centraal College en met het toezicht op het verloop van het opleidingsproces (zie verder hoofdstuk 5).

In de eerste jaren van zijn bestaan richtte het Centraal College alle aandacht op de herziening van de aanwezige opleidingseisen. Allereerst werd er een opleidingsfilosofie uitgewerkt in twee nota's: "Over de methodiek en didaktiek bij de opleiding van specialisten" en "Basis-elementen van een generale regeling". Deze opleidingsfilosofie vormde de grondslag voor de Algemene Opleidingseisen, eisen die gelden voor elke opleiding ongeacht het specialisme. Deze werden in 1966 door het Centraal College ingevoerd. Daarna werd begonnen met het uitwerken van opleidingseisen voor afzonderlijke specialismen, de Bijzondere Eisen.

Nadat inmiddels in 1970 ook nog voorschriften voor de werkzaamheden van de visitatiekommissies waren uitgewerkt, werd in 1978 het punt bereikt waarop voor elk erkend specialisme bijzondere eisen waren geformuleerd. Ondertussen was ook het proces van herziening van eerder vastgestelde bijzondere eisen op gang gekomen. Het College streeft ernaar de bijzondere eisen elke vijf jaar bij te stellen (jaarverslag Centraal College 1983).

1.2 Kollegiale oordeelsvorming en het beleid van het Centraal College

Het Centraal College is, zoals hierboven gezegd, het beleidsbepalend orgaan van de bestuurlijke organisatie van de opleiding tot medisch specialist. Het stelt de doelen van de opleiding tot medisch specialist vast, alsmede de wijze waarop die doelen zullen worden nagestreefd. In het kader van het vaststellen van de doelen is het College belast met het aanwijzen van de onderdelen van de geneeskunde waarvoor opleidingen zullen worden verzorgd. Deze onderdelen worden aangeduid als (door het Centraal College) "erkende specialismen". Tevens geeft het College het eindniveau van de opleidingen aan. Volgens de bestaande voorschriften moet het eindniveau zodanig zijn dat men zelfstandig het betrokken specialisme kan uitoefenen. Deze opleidingsdoelen, alsmede de wijze waarop ze bereikt dienen te worden, zijn door het Centraal College neergelegd in z.g. Besluiten, die na publikatie in Medisch Contact bindend zijn voor opleiders en opgeleiden.

Het beleid van het Centraal College wordt voor een aanzienlijk deel vastgesteld op basis van stukken die zijn ingebracht door organisaties die op enigerlei wijze bemoeienis met de opleidingen hebben (met name de beroepsorganisaties van medische specialisten). Indien de stukken aangevuld of bewerkt moeten worden, dan wordt dit meestal gedaan door de (part-time) secretaris, de voorzitter of de ondervoorzitter van het College. Er zijn geen stafmedewerkers belast met werkzaamheden als het systematisch en doorlopend verzamelen, analyseren en rapporteren van informatie of het opstellen van adviezen ten behoeve van de besluitvorming in het College.

Wanneer er complexe vraagstukken aan de orde zijn, vindt de beleidsvoorbereiding op een andere wijze plaats. Het Centraal College maakt dan in de besluitvorming gebruik van (ad hoc) studiekommissies. Deze worden samengesteld uit personen die op basis van hun dagelijkse

werkzaamheden bekend zijn met het opleidingsproces en over een zekere expertise beschikken ten aanzien van het aan de orde zijnde vraagstuk. De leden van zo'n commissie van deskundige beroepsbeoefenaren worden geacht op basis van deze expertise tot een gezamenlijk oordeel te kunnen komen over de aard van het vraagstuk en de wijze waarop het opgelost kan worden. De oordeelsvorming vindt plaats in de vorm van een kollegiale gedachtenwisseling, waarbij de aanwezigen er naar streven tot gezamenlijke standpunten te komen op basis van kracht van argumenten (Baldridge, 1978). Het oordeel wordt neergelegd en toegelicht in een rapport dat vervolgens wordt gebruikt als uitgangspunt voor de besluitvorming in het Centraal College.

Het middel van kollegiale oordeelsvorming is in het verleden onder andere gebruikt voor het nemen van beslissingen over het toekennen en intrekken van de erkenning van specialismen. In dit verband kunnen worden genoemd de studiekommissies voor de revalidatie, voor de nucleaire geneeskunde en voor de geriatrie, die respectievelijk rapporteerden in 1972, 1979 en 1980. Twee andere studiekommissies bogen zich over het vraagstuk van de ontwikkeling van nieuwe interne en heelkundige specialismen. Zij rapporteerden achtereenvolgens in 1969 en 1972. In 1972 verscheen ook een rapport van de Studiekommissie Meervoudig Opleiderschap, die een oordeel gaf over het erkennen van anderen dan afdelingshoofden als opleiders. In 1983 stelde het Centraal College de "Commissie Reductie" in, die tot taak kreeg "te adviseren op welke wijze, met behoud van kwaliteit, een regulering en reductie van het aantal arts-assistenten in opleiding kan plaatsvinden" (Kok, 1984:1046).

Ook bij de tenuitvoerlegging van het beleid van het Centraal College is er sprake van kollegiale oordeelsvorming in commissieverband. Er wordt gebruik gemaakt van visitatiecommissies, die voor de SRC nagaan in hoeverre de opleiders, de inrichtingen waarin ze werkzaam zijn en de opleidingsprogramma's die zij verzorgen, voldoen aan de door het Centraal College gestelde eisen. De SRC heeft commissies voor elk erkend specialisme waarvan de leden in hun dagelijkse werkzaamheden opleidingstaken vervullen binnen het betrokken specialisme. De commissie brengt rapport uit na een bezoek ter plaatse. In zo'n rapport wordt een feitelijk overzicht gegeven van de verschillende aspecten van de onderzochte afdeling, alsmede een oordeel over het al dan niet toekennen c.q. verlengen van de opleidingsbevoegdheid.

Kollegiale oordeelsvorming ten behoeve van beleidsbeslissingen wordt ook buiten de specialistenopleidingen in de gezondheidszorg aangetroffen. Ze vindt o.a. plaats in de z.g. interkollegiale beoordeling, waarbij (een aspect van) het medisch handelen op een afdeling of in een inrichting als geheel door een groep artsen wordt geëvalueerd teneinde tot kwaliteitsverbetering te komen (Reerink, 1980). Het rapport "Centra voor neuro-chirurgie" (ministerie van VOMIL, 1978) is een ander voorbeeld van oordeelsvorming in commissieverband door ter zake deskundige beroeps-beoefenaren ten behoeve van beleidsbeslissingen (in dit geval te nemen door de overheid, aangaande de spreiding van neuro-chirurgische voorzieningen). Ook het hoofdbestuur van de KNMG stelt regelmatig dergelijke commissies in voor de beleidsvoorbereiding. Een voorbeeld is de commissie "Specialisten in Dienstverband", die in 1976 rapporteerde. Een meer recent voorbeeld is het rapport Regionaal Ziekenhuisfunctiemodel (1984).

Buiten de gezondheidszorg speelt collegiale oordeelsvorming onder meer een rol in het onderzoeksbeleid. De geldstromen die via de voorwaardelijke financiering en via ZWO en SVO naar het wetenschappelijk onderzoek lopen, worden verdeeld op basis van individuele en groepsgewijze oordeelsvorming van gekwalificeerde onderzoekers over de voorstellen van hun kollega's. Gardner (1977) wijst erop dat collegiale oordeelsvorming in het wetenschappelijk onderzoek mede wordt gebruikt voor het selekteren van publikaties in vaktijdschriften.

Oordeelsvorming met behulp van de hier beschreven commissies komt sterk overeen met wat in de literatuur over evaluatie-onderzoek wel de strategie van de collegiale beoordeling ("professional judgement") wordt genoemd. Deze strategie kenmerkt zich onder meer doordat de werkzaamheden worden opgedragen aan personen die geacht worden de problematiek vanuit hun dagelijkse werkzaamheden te kennen. Voorts wordt hen een grote handelingsvrijheid gelaten bij het vervullen van hun opdracht, met name bij het selekteren van de in aanmerking te nemen informatie. En tenslotte is kenmerkend dat van de commissieleden verwacht mag worden dat ze op basis van hun eigen maatstaven oordelen (zie verder hoofdstuk twee). Naast de overeenkomst is er een belangrijk verschil tussen de strategie van de collegiale beoordeling en de oordeelsvorming door de besproken commissies. Dit verschil valt samen met het onderscheid dat Stake (1976) maakt tussen informele en formele evaluatie. Volgens Johnson (1979:109) gaat het hierbij om een verschil in stijl: "What distinguishes formal from informal

evaluation is not that there are any more elements in the former, but that the same steps are carried out more consciously and systematically and with greater explicitness and specificity" (1979:109). Stake (1976:19) zelf geeft het verschil als volgt aan: "Of the two, the formal evaluation study is under an obligation to pass tests of accuracy, validity, credibility and utility".

De oordeelsvorming door commissies ten behoeve van de besluitvorming in het Centraal College kan in overeenstemming met dit onderscheid worden aangeduid als informele kollegiale beoordeling. Ze onderscheidt zich vooral van de (formele) strategie van de kollegiale beoordeling door afwezigheid van het gebruik van wetenschappelijk verantwoorde regels bij de opzet en het verloop van de oordeelsvorming.

1.3 Commissie Opleidingsproblematiek Specialismen

In het kader van zijn beleidsbepalende taak stuitte het Centraal College al snel op verschillende opleidingsvraagstukken, waarvoor de oplossingen niet voor het grijpen lagen. Onder andere stond men voor de steeds terugkerende vraag, hoe men zich op moest stellen tegenover de voortgaande opsplitsing van de geneeskunde in steeds kleinere werkterreinen. Een ander vraagstuk betrof de wijd verbreide wens om de opleidingen langer te maken. Sommige vraagstukken werden door de eerder genoemde studiekommissies aangepakt, maar andere bleven liggen. Bovendien dienden zich nieuwe problemen aan. De gezondheidszorg begon in de jaren zestig sterk te veranderen, hetgeen invloed had op de omstandigheden waaronder tot dan toe werd opgeleid.

In 1970 greep het Centraal College naar het beproefde middel van de informele kollegiale beoordeling om aan het geleidelijk toenemend aantal problemen het hoofd te bieden. Er werd een studiekommissie ingesteld, die op basis van een brede analyse en beoordeling van het bestaande beleid voorstellen zou moeten doen voor de oplossing van de problemen. Deze commissie kreeg de naam Commissie Opleidingsproblematiek Specialismen (COS). Haar opdracht luidde:

- het in studie nemen van de opleidingsduur en de programmering in ruimste zin voor alle specialismen;
- bij de studie te betrekken de historische en de te verwachten ontwikkelingen van de specialismen en de onderlinge verhoudingen in de duur van de opleidingen, zowel in Nederland als in het buitenland;

- voorstellen te doen omtrent de wenselijke duur van de opleidingen en de verschillende programmeringen, ook wat betreft de basis-programmering.

Deze opdracht was niet beperkt tot oordeelsvorming over een of enkele omschreven opleidingsvraagstukken, zoals het geval was met eerder door het Centraal College ingestelde studiekommissies. Ze was zo ruim geformuleerd dat de kommissie alle vraagstukken in beschouwing kon nemen die haar relevant leken. Met andere woorden, de kommissie kreeg de vrije hand om het gehele beleid ten aanzien van de opleiding tot medisch specialist te evalueren.

In de VS is het gebruikelijk om met behulp van de strategie van de kollegiale beoordeling een algehele evaluatie van doelen en inrichting van opleidingen uit te voeren. In het kader van het daar bestaande stelsel van akkreditatie van opleidingen (dat in paragraaf 2.2 kort wordt beschreven) wordt deze strategie systematisch gebruikt "to achieve an understanding of the institution, to determine its strength and weaknesses relative to institutional purposes and social responsibilities to revitalize and update goals and operations in order to improve the performance and quality of output of the institution" (Dressel, 1971:401). Het onderzoek zelf wordt door Dressel op dezelfde bladzijde als volgt omschreven: "a review and evaluation of purposes and goals, selection and utilization of personnel, models of operation, past and present activities and accomplishments and future role in relation to social needs".

De kommissies, waaraan de oordeelsvorming wordt opgedragen, zijn voor hun werkwijze gebonden aan richtlijnen van de akkrediterende organisatie. Deze richtlijnen zijn grotendeels al doende ontwikkeld en vormen de neerslag van een langdurige ervaring met en reflectie over de opzet en het verloop van kollegiale beoordeling van opleidingen (Young, 1983). Binnen de Nederlandse verhoudingen is het echter hoogst ongebruikelijk een kommissie met zo'n omvangrijke evaluatie-opdracht te belasten. Dat schiep voor de COS onmiddellijk een moeilijke uitgangspositie. De kommissie was belast met een informele evaluatie. Ze beschikte niet over een duidelijk omschreven, theoretisch doordachte en praktisch getoetste werkwijze voor de oordeelsvorming over de complexe opleidingsproblematiek. Evenmin hadden de kommissieleden de expertise om zelf een werkwijze voor de evaluatie uit te werken. De kommissieleden waren gerekruteerd vanwege

hun expertise op het gebied van de opleiding tot medisch specialist en de daarmee verbonden beleidsprocessen. Het ontwerpen van een opzet voor de evaluatie van complex opleidingsbeleid vraagt mede expertise op het gebied van onderwijskundig evaluatie-onderzoek. Het ontbreken van die expertise verklaart waarom de kommissie in de eerste zeven jaren van haar bestaan niet tot resultaten kwam.

1.4 Naar een formele evaluatie

In 1977 konstateerde het Centraal College dat de COS nog niet aan de formulering van konkrete voorstellen was toegekomen. Daarop werd de samenstelling van de kommissie gewijzigd. Onder meer werd de kommissie uitgebreid met een medewerker van de vakgroep onderwijs-research van de fakulteit der geneeskunde van de Erasmus Universiteit. Als gevolg hiervan kreeg de kommissie toegang tot de binnen deze vakgroep aanwezige know-how op het gebied van de evaluatie van opleidingsprogramma's.

In de nieuwe samenstelling bezon de kommissie zich nader op de aard van de opdracht en de te volgen werkwijze. De inbreng van het nieuwe onderwijskundige kommissielid richtte zich hier op het verduidelijken en afgrenzen van het evaluatie-objekt. Hij verrichtte daartoe een inhouds-analyse van de notulen van de voorafgaande vergaderingen van de COS. Tevens voerde hij een schriftelijke enquête uit onder de kommissieleden, waarbij de onderwerpen werden geïnventariseerd waarmee de kommissie zich zou kunnen bezighouden. Op basis daarvan besloot de COS dat de evaluatie zich zou richten op de volgende aspecten van het opleidingsbeleid (De Roo, 1979):

- lengte van de opleidingen;
- differentiatie van opleidingen (verzelfstandiging versus aantekening; hoe breed moet de gemeenschappelijke opleidingen binnen een specialisme zijn, etc.);
- programma-inhoud (wat moet er worden opgenomen aan niet-direkt patiënt-gebonden werkzaamheden; wat te doen met de inhoudelijke verschillen tussen academische en perifere opleidingen; veranderingen in verwijsingspatroon; de groei van de medische wetenschap, etc.);
- de onderwijsvormen (de verhouding theorie-praktijk; de ontwikkelingen in de leermeester/gezel-verhouding, o.a. in de richting van een opleidingsteam);

- de toetsing van leereffekten (wat te toetsen, hoe, wanneer en met welke konsekwentie);
- het vereiste aanvangsniveau en de aansluiting artsenopleiding-specialisatie;
- de kwaliteit van de opleider (onderwijsbekwaamheden en het bijhouden van ontwikkelingen in het vakgebied);
- de kwaliteit van de opleidingsinrichtingen (bijv. de diskrepantie tussen de opleidingssituatie en de latere werksituatie ten aanzien van het patiëntenaanbod, technische uitrusting, etc.);
- het vraagstuk van de ingangsselektie (in samenhang met de belangstelling voor specialisatie en de behoefte aan specialisten);
- de evaluatie van de in de opleidingen verkregen deskundigheid.

Hierna werd de te volgen werkwijze van de commissie aan de orde gesteld. Het onderwijskundige commissielid schreef een stuk waarin werd betoogd dat de COS de keuze had uit een beperkte en een uitgebreide opzet. In de beperkte opzet zou gestreefd worden naar een kortdurende evaluatie, waarbij gebruik zou worden gemaakt van de parate kennis en inzichten van de commissieleden als informatiebasis voor de oordeelsvorming. Deze informatiebasis zou ad hoc vergroot kunnen worden door qua tijd en omvang beperkte onderzoeken van commissieleden. In de vergadering van de COS zouden de kennis en opvattingen van de afzonderlijke commissieleden uitgewisseld en geanalyseerd moeten worden. Op die wijze zou een gemeenschappelijke informatiebasis ontstaan, te gebruiken voor oordeelsvorming en advisering over de onderwerpen op de door de COS vastgestelde lijst. Bij deze opzet zouden de meeste evaluatiewerkzaamheden derhalve ter vergadering plaatsvinden.

In de uitgebreide opzet zouden veel evaluatiewerkzaamheden buiten de commissievergaderingen plaatsvinden. Een rapportage over deze werkzaamheden zou dan als input voor de beraadslagingen in de commissie dienen. Begonnen zou worden met het nader omschrijven van de te volgen werkwijze. Daarbij zou de gewenste informatiebasis vastgesteld moeten worden, waarna op gerichte wijze gegevens verzameld, bewerkt en geanalyseerd zouden worden ten behoeve van de oordeelsvorming in de COS. De analyse van de gegevens en een voorlopige oordeelsvorming zouden worden opgedragen aan een of enkele commissieleden. Deze zouden hun konklusies schriftelijk in de commissie moeten inbrengen. De aldus geproduceerde stukken zouden

vervolgens de grondslag moeten vormen voor de oordeelsvorming in de COS en de daaraan te verbinden advisering. Als voordeel hiervan werd genoemd dat de evaluatie niet langer afhankelijk zou zijn van de toevallige begrenzingen, die door parate kennis en inzichten worden gesteld. Ook zou het evaluatieresultaat minder worden beïnvloed door groepsdynamische factoren, indien de analyse van gegevens en de oordeelsvorming schriftelijk zouden worden voorbereid.

De COS koos voor een uitgebreide werkwijze. Deze vereiste echter een grote tijdsinvestering, terwijl duidelijk was dat de meeste commissieleden niet in staat waren veel tijd vrij te maken. Dit probleem werd opgelost door prof.dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen, die er als voorzitter van de COS in slaagde fondsen (van de KNMG, de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), het Ministerie van Onderwijs en het toenmalige Ministerie van VOMIL) voor het evaluatie-onderzoek te verwerven. Dit maakte het mogelijk een commissielid vrij te stellen van zijn normale werkzaamheden, teneinde voor de COS evaluatie-activiteiten te verrichten. Het desbetreffende commissielid was de eerder genoemde medewerker van de Rotterdamse vakgroep onderwijs-research. In het hiernavolgende biedt hij een beschouwing aan over de opzet die bij het evaluatie-onderzoek is gebruikt, alsmede over de uit het onderzoek voortgekomen resultaten. De beschrijving en verantwoording van de onderzoekopzet vindt plaats in hoofdstuk drie. Daaraan vooraf gaat in hoofdstuk twee een bespreking van de belangrijkste vraagstukken die zich kunnen voordoen bij het opzetten van evaluatie-onderzoek, alsmede op de verschillende richtingen waarin in de evaluatieliteratuur oplossingen voor deze vraagstukken worden gezocht. Hierop voortbouwend wordt in hoofdstuk drie de onderzoekopzet toegelicht. In de daarop volgende hoofdstukken worden de uitkomsten van het onderzoek behandeld.

2. EVALUATIE-ONDERZOEK

2.1 Zes evaluatiestrategieën

In het dagelijkse leven vormen mensen zich regelmatig een oordeel over de waarde die zaken en gebeurtenissen voor hen hebben. Zoals in het vorige hoofdstuk vermeld, wordt de betrekkelijk intuïtieve wijze waarop dat gebeurt door Stake (1976:19) aangeduid met de term informele evaluatie, "a universal and abiding human act, scarcely separable from thinking and feeling". Oordeelsvorming kan ook plaatsvinden met behulp van een vorm van wetenschapsbeoefening die evaluatie-onderzoek wordt genoemd. Volgens House (1980) is het moderne evaluatie-onderzoek tot ontwikkeling gekomen in het kader van het streven naar planmatige verandering van de samenleving. Zo'n streven vereist o.a. een zorgvuldige beoordeling van zowel bestaande toestanden als de resultaten van weloverwogen aangebrachte veranderingen.

Volgens Worthen en Sanders (1973) wordt evaluatie-onderzoek opgezet en uitgevoerd teneinde een bepaalde doelgroep bij te staan bij het bepalen en verbeteren van de waarde van een gegeven objekt. De wetenschappelijke reflectie op de methodologie van dergelijk onderzoek vindt haar neerslag in de evaluatietheorie. In dit hoofdstuk en daarna wordt de aandacht in het bijzonder gericht op de onderwijskundige tak van de evaluatietheorie. De grondslagen daarvan zijn ontwikkeld ten behoeve van oordeelsvorming over onderwijsstructuren en -processen.

Binnen dit deel van de evaluatietheorie onderscheiden Worthen en Sanders (1973) wat zij noemen: "evaluatiestrategieën". Deze worden door Nevo (1983) omschreven als verzamelingen onderling samenhangende handelingsvoorschriften aangaande de opzet en uitvoering van evaluatie-onderzoek. Stufflebeam en Webster (1981) onderscheiden een zestal strategieën:

- 1) onderwijs-beleidsstudie;
- 2) beslissingsgericht onderzoek;
- 3) konsument-gericht onderzoek;
- 4) cliënt-gericht onderzoek;
- 5) "connoisseur-based" studie;
- 6) kollegiale beoordeling.

In de resterende paragrafen van dit hoofdstuk zullen deze strategieën nader worden besproken. Er zal een beeld worden gegeven van een aantal

kernproblemen bij het opzetten en uitvoeren van evaluatie-onderzoek. Daarbij zal worden uiteengezet hoe de strategieën verschillen in hun benadering van die problemen.

De te bespreken evaluatiestrategieën moeten duidelijk worden onderscheiden van twee andere typen activiteiten, door Stufflebeam en Webster (1981) aangeduid als pseudo- en kwasi-evaluatie. Onder pseudo-evaluatie verstaan ze activiteiten die bedoeld zijn om een reeds aanwezige, positieve of negatieve kijk op een objekt te onderbouwen "irrespective of its actual worth" (Stufflebeam en Webster, 1981:71). Informatie wordt hier selektief verzameld en bewerkt ten behoeve van een reeds vastliggend oordeel. Soms werken onderzoekers en opdrachtgevers eendrachtig samen om een bepaalde kijk op het objekt van onderzoek te dokumenteren. Bij andere gelegenheden komen onderzoekers vroeg of laat tot de ontdekking dat ze door hun opdrachtgever voor bepaalde eenzijdige doeleinden worden gebruikt. In beide gevallen spreken Stufflebeam en Webster (1981) van pseudo-evaluatie.

Er zijn voorts onderzoeksactiviteiten waarvan de resultaten gebruikt kunnen worden bij oordeelsvorming, hoewel noch de vraagstelling van het onderzoek noch de gebruikte methodologie daar primair op gericht is. Dergelijke resultaten zullen in dat geval zelden toereikend zijn om tot een wetenschappelijk verantwoorde oordeelsvorming te komen. Stufflebeam en Webster (1981) spreken in deze gevallen van kwasi-evaluatie. Ze geven aan dat hiervan onder meer sprake is waar management-informatiesystemen worden gehanteerd of waar testprogramma's, experimenteel onderzoek, leerdoel-gericht onderzoek en accountability studies worden uitgevoerd.

2.2 Herkomst van de strategieën

Het denken over evaluatie gaat voor een deel terug op de akkreditatiebeweging die aan het einde van de vorige eeuw in de V.S. voortkwam uit de kring van onderwijs- en beroepsorganisaties. Bij afwezigheid van overheidstoezicht op het onderwijs gingen deze er zelf toe over garanties voor de kwaliteit van opleidingen te scheppen. Zij deden dat door het oprichten van partikuliere instanties ("accrediting boards") die opleidingen gingen erkennen op basis van daartoe op eigen gezag ontwikkelde minimum-eisen. In de Amerikaanse kulturele kontekst beïnvloedt zo'n erkenning het vermogen van onderwijsinstellingen om geldmiddelen en

studenten of leerlingen te werven. Bovendien fungeert het predikaat "geakkrediteerd" als een statussymbool voor onderwijsorganisaties. "Membership in the accreditation organization is entirely voluntary on the part of the schools, but schools do feel considerable pressure to join" (Worthen en Sanders, 1973:127).

De akkreditatie-activiteiten richtten zich aanvankelijk uitsluitend op het opsporen van opleidingen die niet aan minimum-eisen voldeden. In de loop van de tijd is de doelstelling verbreed tot het verbeteren van de kwaliteit van opleidingen: "... to help institutions assess their own strength and weaknesses and improve their own programs, most often through a self-evaluation by the institution in light of its own goals" (Murphy, 1976:5).

Ten behoeve van het onderzoek naar de kwaliteit van de opleiding werd in de praktijk de strategie van de kollegiale beoordeling ("professional review") ontwikkeld. Deze kenmerkt zich volgens Worthen en Sanders (1973:127) door "the use of experts to produce professional judgement about the worth of a phenomenon being observed". De experts zijn beroeps-genoten van degenen die belast zijn met de inrichting en verzorging van de te evalueren opleiding. Ze worden geselecteerd op basis van (aan hen toegeschreven) kennis en ervaring met overeenkomstige opleidingen. De evaluatie wordt opgedragen aan een groep beoordelaars. Deze verschaft zich een informatiebasis met behulp van door de opleiding verstrekte gegevens en door eigen onderzoek ter plaatse (visitatie). De verzamelde gegevens worden beoordeeld aan de hand van maatstaven die wortelen in de werkervaring van de beoordelaars. Als regel zijn de evaluatoren door de akkrediterende instelling gebonden aan globale richtlijnen. Deze betreffen de aard van de te beoordelen informatie, de te volgen procedures bij het verzamelen van informatie en te hanteren maatstaven (Young 1984).

Het denken over evaluatie gaat voor een ander deel terug op de systeem-theoretische benadering van de kurrikulumontwikkeling, die na de Tweede Wereldoorlog in de V.S. populair werd. Deze benadering omvat een streven naar optimalisering van opleidingen langs iteratieve weg. Daarbij worden eerst doelstellingen geformuleerd die worden uitgewerkt in een onderwijs-programma. Aansluitend worden gegevens over het verloop en de resultaten van het onderwijs verzameld. Deze worden beoordeeld aan de hand van de gekozen doelstellingen. Als blijkt dat deze niet worden bereikt, wordt

het programma gewijzigd of vervangen. Het verzamelen en beoordelen van informatie begint dan opnieuw en het programma wordt net zo lang bijgesteld totdat aan de gekozen doelen wordt voldaan.

Tyler heeft in 1950 in het klassiek geworden werk "Basic principles of curriculum and instruction" de basis gelegd voor de systeemtheoretische kurrikulumontwikkeling. De bijbehorende opvatting over evaluatie vat hij daarin als volgt samen: "the process of evaluation is essentially the process of determining to what extent the educational objectives are actually being realized by the program of curriculum and instruction" (Tyler, 1950:69). Aansluitend zet hij uiteen dat de onderwijsdoelen dienen te worden geformuleerd in termen van gedrag: "However, since educational objectives are essentially changes in human beings evaluation is the process for determining the degree to which these changes in behaviour are actually taking place". De opvattingen van Tyler hebben de stoot gegeven tot het leerdoel-gerichte onderzoek dat op grote schaal in het onderwijs ingang heeft gevonden. Dit onderzoek omvat het meten van onderwijsprestaties van individuele leerlingen of studenten en het toetsen van deze prestaties aan systematisch geformuleerde onderwijsdoelstellingen. Het wordt zowel gebruikt voor het optimaliseren van onderwijs als voor het vergelijken van programma's.

Leerdoel-gericht evaluatie-onderzoek wordt op verschillende gronden bekritiseerd. In een samenvattende bespreking van de kritiek konkludeert Stufflebeam (1971) dat het leerdoel-gerichte onderzoek zich in de praktijk tot een eenzijdige wijze van beoordelen heeft ontwikkeld. Tyler's opvattingen hebben volgens hem sommige onderzoekers ertoe gebracht elke verandering in de sfeer van het onderwijs in termen van leereffekten te beoordelen "even though what was being assessed might be a new staffing procedure, ways of shelving books, or a new administrative process" (Stufflebeam, 1971:13). Verder wijst hij er op dat in de praktijk het onderzoek zich vaak blijkt te beperken tot het hanteren van gemakkelijk te operationaliseren leerdoelen. Het belangrijkste punt is volgens hem echter dat de nadruk op de leereffekten in de praktijk heeft geleid tot verwaarlozing van het onderzoek naar het verloop van het onderwijsproces als zodanig: "the emphasis on student behaviour as the criterion caused evaluation to become a post facto or terminal technique, in spite of Tyler's formulations for feedback and for process data" (Stufflebeam, 1974:13). Het is in het verlengde van deze kritiek dat Stufflebeam en

Webster (1981) het leerdoel-gericht onderzoek beschouwen als een vorm van kwasi-evaluatie. Daarbij is hun centrale overweging dat de resultaten van dit type onderzoek doorgaans te beperkt zijn om tot een gefundeerd oordeel over een programma te komen.

De kritiek op de eenzijdigheid van het leerdoel-gerichte onderzoek leidde tot de ontwikkeling van drie breder opgezette evaluatiestrategieën die voortbouwen op de systeemtheoretische opvattingen van Tyler. De eerste strategie is de onderwijs-beleidsstudie. In het midden van de zestiger jaren besloot de wetgever in de V.S. tot de opzet van grootschalige onderwijs-stimuleringsprogramma's. Dit leidde tot een vorm van kurrikulum-ontwikkeling die op drie punten afweek van het tot dan toe gebruikte patroon (Cohen, 1970):

- a de te ontwikkelen onderwijsprogramma's waren sociale beleidsmaatregelen, met als brede doelstelling de verbetering van het onderwijs voor achtergebleven sociale groepen;
- b deze maatregelen waren niet gericht op een enkele school of groep scholen, maar op miljoenen kinderen in duizenden scholen;
- c de maatregelen waren niet uitgewerkt door een leraar, onderzoeker of schoolbestuur, maar door politici.

Deze kenmerken leidden niet alleen tot aanpassing van de kurrikulum-ontwikkeling maar tevens tot aanpassing van de wijze van evalueren. Als gevolg daarvan ontstond een nieuwe evaluatiestrategie, de onderwijs-beleidsstudie. Deze strategie richt zich in de eerste plaats op het beoordelen van beleidsalternatieven. Net als bij het leerdoel-gericht onderzoek wordt de aandacht daarbij met name gericht op de (potentiële of feitelijke) resultaten van elk alternatief. Het type resultaten dat daarbij in aanmerking wordt genomen, is afhankelijk van de beleidsdoelen van de instanties, die de keuzen uit de beleidsalternatieven maken. Die doelen kunnen leerdoelen zijn maar doorgaans gaat het vooral om sociale en/of economische doelstellingen van het onderwijs. De afweging van de alternatieven neemt daarbij de vorm aan van een kosten-baten analyse. Voor elk alternatief wordt nagegaan in hoeverre de (bereikte of te verwachten) resultaten met de beleidsdoelen overeenkomen. Vervolgens worden de resultaten afgezet tegen de (personele, materiële en organisatorische) kosten. De oordeelsvorming wordt dan afgerond met het bepalen van het alternatief met de meest gunstige kosten-baten verhouding. Volgens Stufflebeam en Webster (1981) is Joseph Rice te beschouwen als de pionier

van deze strategie, waaraan in de jaren zestig en zeventig met name belangrijke bijdragen zijn geleverd door Coleman, Campbell et al. (1966) en Jencks, Smith et al. (1972). De strategie sluit aan bij de systeem-analytische wijze van evalueren, die buiten de onderwijssektor o.a. is verwoord door Rivlin (1971), Weiss (1972) en Rossi et al. (1979).

De tweede breed opgezette evaluatiestrategie die voortbouwt op de ideeën van Tyler, is de beslissings-gerichte strategie. Deze verschilt op twee belangrijke punten van de beleidsstudie. In de eerste plaats vindt de oordeelsvorming niet alleen plaats op basis van de resultaten van de opleiding. De strategie richt zich nadrukkelijk ook op evaluatie van de uitgangspunten, de programmering en het verloop van het onderwijs. In de tweede plaats wordt er in deze strategie van uitgegaan dat het vaststellen en waarderen van gegevens een voortdurend proces is, gericht op handhaving of bijsturing van de opleiding. Dit laatste verraaft duidelijk de herkomst uit de iteratieve kurrikulumontwikkeling. In haar konkrete uitwerking, met name door Stufflebeam (1971), krijgt de strategie trekken van een hoog ontwikkeld management-informatiesysteem ten behoeve van besluitvorming over onderwijsprogramma's.

De konsument-gerichte strategie is de derde en laatste evaluatiestrategie die is geënt op de systeemtheoretische kurrikulumontwikkeling. De grondslag voor deze strategie is gelegd door Scriven (1967). Zijn kritiek op het eenzijdig gebruik van leerdoelen bij onderwijsevaluatie mondt uit in een pleidooi voor "goal-free evaluation", een strategie waarbij de oordeelsvorming niet wordt gebaseerd op enigerlei doelstellingen die door de voor het onderwijs verantwoordelijke instantie of door een andere groepering zijn vastgesteld. Hij wijst erop dat door het hanteren van zulke doelstellingen geen of onvoldoende aandacht kan worden gegeven aan onbedoelde effecten van te evalueren programma's. Als bijkomend argument voor zijn stellingname wijst hij er op, dat afnemers ("konsumenten") van een evaluatie-onderzoek niet allemaal dezelfde doelstellingen nastreven met eenzelfde programma.

De vraag rijst dan, welke aspecten van onderwijs in beschouwing moeten worden genomen als men niet wil afgaan op doelstellingen van bepaalde groepen. Volgens Scriven is het mogelijk een checklist te ontwikkelen van zaken waarover informatie moet worden verzameld ten behoeve van een oordeelsvorming. En de daad bij het woord voegend, heeft hij zelf zo'n checklist ontworpen (Scriven, 1974). Hij blijft echter vaag over de wijze

waarop men de met die checklist verzamelde gegevens tot een eindoordeel verwerkt. Worthen en Sanders (1973:106) merken in dit verband op: "it is worth noting that the methods required to reliably arrive at an overall appraisal have by no means been fully specified".

De drie systeemtheoretische strategieën zijn gebaseerd op een werkwijze die door Montagne (1982) wordt gekarakteriseerd als "hypothetisch-deduktief". Hij vat deze werkwijze als volgt samen: "this approach stresses experimental or quasi-experimental designs with hypotheses being generated a priori and tested quantitatively. The data are collected with structured or even standardized instruments, developed from specifically stated goals and learning objectives. The data are usually analyzed with multivariate parametric statistical techniques" (Montagne, 1982:479). House (1980) stelt dat deze werkwijze zijn grondslag vindt in een objectivistische kenleer, waarin wordt uitgegaan van een objectief aanwezige en kenbare werkelijkheid. Gegevens over deze werkelijkheid worden verzameld en geanalyseerd met behulp van speciaal ontwikkelde instrumenten en technieken. Deze leiden in beginsel bij herhaald gebruik in dezelfde situatie tot dezelfde resultaten, los van degene die ze hanteert.

De hypothetisch-deduktieve werkwijze kent een aantal beperkingen, waarvan de belangrijkste door Parlett en Hamilton (1976) als volgt zijn samengevat:

1. onderwijssituaties worden gekarakteriseerd door een groot aantal relevante parameters. De hypothetisch-deduktieve benadering vereist dat deze worden gerandomiseerd door zeer grote steekproeven of anders strikt worden gecontroleerd. De eerste mogelijkheid vereist het opbouwen en bewerken van omvangrijke gegevensbestanden en vraagt daardoor zowel veel geld als tijd. Strikte controle, lees: laboratorium-omstandigheden, is in het onderwijs nauwelijks te realiseren zonder dat het kunstmatige karakter van de studie de resultaten beïnvloedt.
2. De hypothetisch-deduktieve werkwijze leidt tot kunstmatige en willekeurige beperkingen in de onderzoekopzet. Concentratie van het onderzoek op kwantitatieve gegevens, verkregen door objectieve technieken, kan leiden tot het verwaarlozen van andere (meer subjectieve, anekdotische of impressionistische) gegevens, die misschien meer relevant zijn voor de beoordeling.

3. De werkwijze heeft weinig aandacht voor a-typische resultaten, voortvloeiend uit lokale en/of ongebruikelijke omstandigheden.
4. De werkwijze "often fails to articulate with the varied concerns and questions of participants, sponsors, and other interested parties. Since classical evaluators believe in an "objective truth" equally relevant to all parties, their studies rarely acknowledge the diversity of questions posed by different interest groups" (Parlett en Hamilton, 1976:143).

Pogingen tot het overwinnen van deze beperkingen hebben geleid tot twee strategieën, die gebruik maken van wat Guba (1978) "naturalistic inquiry" noemt. De verschillen met de hypothetisch-deduktieve werkwijze heeft hij samengevat in een veertien-punten-tellende lijst die in schema 2.1 onvertaald wordt weergegeven.

SCHEMA 2.1 Some Basic Differences Between Conventional and Naturalistic Inquiry

	Forms of Inquiry	
	Conventional Inquiry	Naturalistic Inquiry
Philosophical base	Logical positivism	Phenomenology
Inquiry paradigm	Experimental physics	Ethnography; investigative journalism
Purpose	Verification	Discovery
Stance	Reductionist	Expansionist
Framework/design	Preordinate/fixed	Emergent/variable
Style	Intervention	Selection
Reality manifold	Singular	Multiple
Value structure	Singular	Pluralistic
Setting	Laboratory	Nature
Context	Unrelated	Relevant
Conditions	Controlled	Invited interference
Treatment	Stable	Variable
Scope	Molecular	Molar
Methods	Objective-in sense of inter-subjective agreement	Objective-in sense of factual/confirmable

De eerste strategie op naturalistische grondslag is de cliënt-gerichte. Hier wordt een werkwijze gevolgd die door Stake (1975:14) als volgt is samengevat:

"the evaluator conceives of a plan of observations and negotiations. He arranges for various persons to observe the program, and with their help prepares brief narratives, portrayals, product displays, graphs, etc. He finds out what is of value to his audiences, and gathers expressions of worth from various individuals whose point of view differ. Of course, he checks the quality of his records: he gets program personnel to react to the accuracy of his portrayals; and audience members to react to the relevance of his findings. He does much of this informally iterating and keeping a good record of action and reaction. He chooses media accessible to his audiences to increase the likelihood and fidelity of communication. He might prepare a final written report, he might not depending on what he and his clients have agreed on" (Stake, 1975:14).

De tweede strategie op naturalistische grondslag is de "connoisseur-based" studie, een aanduiding die zich niet goed in het Nederlands laat vertalen. De hoofdlijnen van deze strategie zijn ontleend aan theoretische opvattingen over kunstkritiek. Dit leidt tot een wijze van evaluatie die scherp kontrasteert met de cliënt-gerichte strategie. Onderzoek in het kader van de connoisseur-based studie is niet vervlochten met de besluitvorming over een programma, zoals dat bij de cliënt-gerichte strategie het geval is. De strategie is in de eerste plaats gericht op vergroting van het inzicht in het evaluatie-objekt: "enabling the teacher and others engaged in education to improve their ability to see and think about what they do" (Eisner, 1977:346).

Terwijl de oordeelsvorming in de cliënt-gerichte strategie sterk wordt bepaald door de voortdurende interactie tussen evaluator en doelgroep, komt de evaluator in de connoisseur-based studie geheel op eigen kracht tot een oordeel. Dit stelt echter hoge eisen aan de persoon van de evaluator. Eisner (1980) introduceert in dit verband de begrippen "connoisseurship" en "criticism". De connoisseur onderscheidt zich van anderen in die zin dat hij zich heeft bekwaamd in het onderscheiden van

nuances in de kenmerken van het evaluatie-objekt. Hij beschikt over een meer omvattende perceptie van het objekt, verkregen door studie en ervaring. "What is subtle and complex we might never perceive. As Ryle has pointed out, seeing is not simply an act, but an achievement" (Eisner, 1977:351).

Een meer dan gemiddeld vermogen tot perceptie is echter niet voldoende voor de evaluator in de connoisseur-based studie. Hij moet ook over een toereikend expressief vermogen beschikken teneinde wat hij ervaart op bekwame en indringende wijze op anderen over te brengen. In de termen van Eisner beheerst de evaluator als connoisseur de "art of perception" en als kritikus de "art of disclosure" (Scheerens, 1978).

House (1980) betoogt dat zowel in het cliënt-gerichte onderzoek als in de connoisseur-based studie gebruik wordt gemaakt van wat hij een "subjektivistische" methodologie noemt. Hij wijst er op dat de onderzoek-procedures die daarbij worden gebruikt doorgaans globaal van karakter zijn. "Whereas the objectivists rely on explicitness of detail in defining techniques which others can use, the intuitionists rely on training and experience to ensure that truth is served" (House, 1980:56). Reproduceerbaarheid van onderzoekresultaten is niet het belangrijkste doel. "The subjectivists are less interested in arriving at a proposition that is 'true' (in the generalizable sense) than in relating the evaluation to the particular experience of the audience. They attempt to obtain valid insight within the frame of reference of the group for whom they are working" (House, 1980:56).

Deze kenschets is ook van toepassing op de eerder besproken kollegiale beoordeling. Het subjektivistische karakter van deze strategie is er de oorzaak van geweest dat ze tijdens de behavioristische golf van de jaren vijftig in brede kring in diskrediet is geraakt. Maar de groeiende belangstelling voor de cliënt-gerichte strategie en de connoisseur-based studie schept ook mogelijkheden voor een herwaardering van de kollegiale beoordeling. Dit vereist wel dat de theoretische grondslagen van deze strategie verder worden ontwikkeld. Dat zou kunnen gebeuren door het uitwerken van aanwezige raakpunten tussen de werkwijze in de kollegiale beoordeling en de twee hierboven beschreven strategieën. Er is vooral overeenkomst met de connoisseur-based studie vanwege de betekenis die ook daar aan de persoonlijke kwaliteiten (ten aanzien van ervaring, perceptie en expressievermogen) van de evaluator wordt toegekend.

Het leveren van een bijdrage tot de ontwikkeling van de methodologische grondslagen van de kollegiale beoordeling valt buiten het kader van dit hoofdstuk. Met de onderhavige beschouwing wordt niet meer nagestreefd dan het scheppen van een overzicht van de hoofdlijnen van het denken over evaluatie-onderzoek, teneinde in het volgende hoofdstuk de onderzoekopzet beter te kunnen toelichten. Voor dit doel wordt in de volgende paragrafen nader ingegaan op de belangrijkste problemen die zich bij het opzetten van evaluatie-onderzoek voordoen, alsmede de oplossingen die daarbij in de zes beschreven strategieën worden geboden.

2.3 Kernproblemen bij de opzet van evaluatie-onderzoek

Volgens Alkin (1976) zal een volgroeide evaluatietheorie een aantal alternatieve strategieën moeten omvatten, alsmede een specificatie van de omstandigheden waaronder ze van toepassing zijn. In dat geval zal een evaluatie-onderzoek beginnen met het bestuderen van de kenmerken van de uitgangssituatie. Gegeven deze kenmerken wordt de bijbehorende strategie geselecteerd, die vervolgens wordt geoperationaliseerd in de onderzoek-opzet.

De huidige stand van zaken in de evaluatietheorie is nog ver van dit ideaalbeeld verwijderd. De discussie over de omstandigheden, waaronder de zes hiervoor besproken strategieën bruikbaar zijn, is nog in volle gang. Auteurs als Stake (1975), Gardner (1977) en House (1981) gaan voorlopig niet verder dan spekulatieve uitspraken over omstandigheden waaronder bepaalde strategieën wel of niet bruikbaar zijn. Voor meer gefundeerde uitspraken is het nodig vergelijkend onderzoek te doen naar het gebruik van de diverse strategieën in vergelijkbare situaties, of onderzoek te doen naar de kenmerken van de situaties waarin bepaalde strategieën steeds weer worden gebruikt. Van der Klauw (1979) meent dat uitsluitel kan worden verkregen door bestudering van de functies die de strategieën in de praktijk vervullen. Voorshands ontbreekt echter nog de empirische basis om betrouwbare uitspraken over de toepassingsgebieden van de strategieën te doen.

Het ideaalbeeld is bovendien ver verwijderd omdat niet kan worden volgehouden dat de strategieën zuivere alternatieven voor elkaar zijn. Elke strategie omvat handelingsvoorschriften aangaande een aantal kernproblemen bij het opzetten en uitvoeren van evaluatie-onderzoek. De strategieën gaan echter niet allemaal even diepgaand op die problemen in. Sommige problemen

worden in de ene strategie meer uitgewerkt dan in de andere. Sommige strategieën overlappen elkaar bovendien in meer of mindere mate, in de gevallen waarin ze voor bepaalde vraagstukken dezelfde benadering bieden. Nevo (1983) konkludeert dan ook dat er momenteel geen sprake is van een situatie, waarbij voor de opzet van een evaluatie-onderzoek simpelweg kan worden volstaan met een keuze uit de beschikbare strategieën. Naar zijn mening is het voor een goede onderzoekopzet in de eerste plaats nodig dat de onderzoeker voldoende inzicht heeft in de aard van de aanwezige kernproblemen en diversiteit aan oplossingen. Op basis van dit inzicht dient de onderzoeker vervolgens op basis van een eigen, op de situatie toegesneden, combinatie van oplossingen uit te werken in een onderzoek-opzet, "rather than adapting one evaluation model or another" (Nevo, 1983:126).

Verscheidene auteurs hebben zich beziggehouden met het identificeren van de kernproblemen van het evaluatie-onderzoek en het ordenen van de diverse geboden oplossingen (Worthen en Sanders, 1973; Stake, 1976; Van der Klauw 1979; Gardner, 1979; Stufflebeam en Webster, 1981; House, 1981; Nevo, 1983). De door deze auteurs gesignaleerde vraagstukken, alsmede de variatie van besproken oplossingen kunnen worden samengevat in de volgende punten:

- a het vaststellen van eisen waaraan de onderzoeker moet voldoen.
Sommige strategieën benadrukken een beheersing van kwantitatieve, andere van kwalitatieve methoden en technieken. Sociale en kommunikatieve vaardigheden krijgen in wisselende mate aandacht.
- b de afgrenzing van de in het onderzoek te betrekken gegevens.
Soms is in de strategie vooraf reeds een zekere selectie ingebouwd, soms worden procedures aangegeven om tot een selectie te komen.
- c de keuzen van de waarden of maatstaven ter beoordeling van de gegevens.
In sommige strategieën zijn bepaalde keuzen ingebouwd, in andere nadrukkelijk niet.
- d de toetsing van de gegevens aan de maatstaven.
Hier variëren de geboden werkwijzen van een technische, geformaliseerde afwegingsprocedure tot een slechts in beperkte mate formeel te verantwoorden werkwijze.
- e de relatie tussen het onderzoek en de besluitvorming waarin het oordeel wordt gebruikt.

In enkele strategieën wordt de evaluatie-opzet afgestemd op de te nemen beslissing. In andere strategieën is dit niet het geval. Soms zijn onderzoek en besluitvorming strikt gescheiden.

f de doelgroep die van het oordeel gebruik zal (kunnen) maken.

In sommige strategieën wordt nadrukkelijk tijd besteed aan het vaststellen van de doelgroep, bij andere ligt de keuze min of meer vast. Ook zijn er strategieën waarvoor de doelgroep niet van belang is.

g de wijze, waarop aanvaarding van de onderzoekresultaten door de doelgroep wordt nagestreefd.

Sommige strategieën maken de onderzoekresultaten aanvaardbaar door verantwoording van de opzet en het verloop van het onderzoek. In andere gevallen speelt de gezaghebbendheid van de onderzoeker(s) een centrale rol.

In de resterende paragrafen van dit hoofdstuk worden bovengenoemde kernvragen nader besproken alsmede de oplossingen die elk van de zes strategieën daarbij aanreiken. Ter afronding wordt de bespreking in een vergelijkend overzicht samengevat (zie blz. 36 e.v.).

Bij de bespreking wordt uitgegaan van de principiële stellingnamen die in de evaluatie-literatuur worden aangetroffen. Daardoor ontstaat een ideaal-typische beschrijving van de strategieën. Voor het doel van deze bespreking - het verschaffen van inzicht in de kernvraagstukken van evaluatie-onderzoek en de verscheidenheid aan mogelijke oplossingen - is dit eerder een voordeel dan een bezwaar. Door deze benadering wordt het beeld van de bestaande opvattingen wel enigszins vertekend. De principiële uitspraken worden in diverse gevallen namelijk gevolgd door opmerkingen, waarin openingen naar andere standpunten worden gemaakt.

2.4 Eisen aan de onderzoeker

Evaluatiestrategieën verschillen in visie op de aard van de te verrichten werkzaamheden. Daardoor verschillen ze ook in de beantwoording van de vraag, aan welke eisen een goed onderzoeker moet voldoen. In paragraaf 2.2 is geconstateerd dat drie strategieën, de onderwijs-beleidsstudies, het beslissings-gerichte en het konsument-gerichte onderzoek, de hypothetisch-deduktieve wijze van onderzoek gebruiken. Dit vereist van een onderzoeker "technical competence in the area of measurement and research methods" (Nevo, 1983:123). De cliënt-gerichte strategie vereist van de onderzoeker eveneens deze competentie. Maar hier wordt voorts

expertise gevraagd op het terrein van het kwalitatief onderzoek. De evaluator moet een bekwaam observator en interviewer zijn. Bovendien worden goede mondelinge en schriftelijke kommunikatiemogelijkheden en sociale vaardigheden hier veel sterker benadrukt dan in de drie eerdergenoemde strategieën.

De kollegiale beoordeling stelt andere eisen. Hier is iemand gekwalificeerd als hij door eigen werkervaring grondige kennis heeft van de aard van het evaluatie-objekt. Verder moet hij zich ook de maatstaven hebben eigen gemaakt die in de kring van de beroepsbeoefenaren gangbaar zijn voor het beoordelen van kwaliteit. In de derde plaats moet hij het vertrouwen van zijn beroepsgenoten hebben. In de kollegiale beoordeling hangt de aanvaarding van het oordeel door de doelgroep namelijk sterk af van het prestige van de evaluator. Dit in tegenstelling tot de eerdergenoemde strategieën, die aanvaarding in de eerste plaats nastreven door aan te tonen dat opzet en uitvoering van het onderzoek in overeenstemming zijn met bepaalde methodologische voorschriften. Ook in de connoisseur-based studie wordt van de evaluator verwacht dat hij door opleiding en ervaring grondig vertrouwd is met de aard van het evaluatie-objekt (en het op meer dan normale wijze kan percipiëren). Bovendien moet hij, zoals reeds in paragraaf 2.2 is uiteengezet, over een groot expressief vermogen beschikken. Dat wil zeggen, hij moet zijn bevindingen op overtuigende wijze op de doelgroep kunnen overdragen.

2.5 Afbakening van gegevens

De afbakening van de in een onderzoek te verzamelen gegevens vindt plaats door selectie van criteria. Deze worden door Johnson (1979:115) omschreven als attributen van het evaluatie-objekt "considered relevant to its worth". Johnson wijst erop dat de keuze van de criteria als zodanig een waardeoordeel is over hetgeen relevante informatie is voor de oordeelsvorming.

De drie systeemtheoretische strategieën leggen zich op verschillende wijze vooraf vast op duidelijk omschreven criteria. In de onderwijsbeleidsstudie worden de criteria ontleend aan de (van geval tot geval wisselende) beleidsdoelen. Het onderzoek richt zich op het verzamelen van gegevens over effecten van het beleid in de richting van die doelen. Tevens wordt nagegaan wat de (materiële en immateriële) kosten zijn om die effecten op te roepen. In de konsument-gerichte strategie spelen beleidsdoelen geen

rol. Hier werkt de onderzoeker met een checklist waarin de te hanteren criteria zijn opgesomd. De beslissingsgerichte strategie kent verschillende sets met criteria, behorend bij omschreven typen vraagstellingen en omstandigheden.

De overige strategieën leggen zich niet duidelijk op bepaalde criteria vast. De cliënt-gerichte strategie hanteert globale informatiecategorieën. Welke gegevens daarbinnen worden verzameld, wordt bepaald in overleg tussen de onderzoeker en leden van de doelgroep. Bovendien worden beslissingen over te verzamelen gegevens herzien tijdens het onderzoek, als daar behoefte aan ontstaat. De connoisseur-based studie kent geen omschreven criteria. De evaluator wordt verondersteld op basis van zijn kundigheid en ervaring zelf het beste te kunnen beslissen welke soorten informatie hij in aanmerking zal nemen. Bovendien wordt verondersteld dat de te verzamelen gegevens mede afhankelijk zullen zijn van de tijd- en plaatsgebonden kenmerken van het evaluatie-objekt. Tenslotte de kollegiale beoordeling. Hier wordt de onderzoeker gebonden aan globale richtlijnen over de in beschouwing te nemen informatie. De onderzoeker heeft echter de vrijheid - en het wordt zelfs van hem verwacht - deze richtlijnen naar eigen inzicht uit te werken en aan te vullen, als een gegeven evaluatie-objekt daartoe aanleiding geeft.

Het bovenstaande betekent dat de systeemtheoretische strategieën de evaluator duidelijke aanwijzingen verschaffen over de te verzamelen gegevens. In de overige drie strategieën is dit niet het geval, zodat het hier mogelijk wordt unieke (d.w.z. tijd en plaatsgebonden) kenmerken van het evaluatie-objekt mede in de oordeelsvorming te betrekken. In de cliënt-gerichte strategie vallen de beslissingen over de te verzamelen gegevens in het overleg tussen onderzoeker en doelgroep. In de andere twee strategieën kiezen de evaluatoren op basis van eigen inzichten.

Stake spreekt in dit verband van een analytische en een holistische wijze van gegevensverzameling. Strategieën verschillen volgens hem "as to how much they treat the programme as a totality, recognizing conceptual boundaries common to non-technical audiences. The more common social-science approach is to concentrate on a small number of key characteristics. A case study is often used to preserve the complexity of the programme as a whole, whereas a multivariate analysis is more likely to indicate the relationship among descriptive variables" (Stake, 1976: 20-21).

Het onderscheid analytisch-holistisch verwijst hier naar principiële verschillen in de wijze van informatieverzameling. De analytische aanpak is te omschrijven als een dieptestrategie, waarbij op geselecteerde criteria door de onderzoeker zo volledig mogelijke informatie wordt vergaard. De holistische benadering is een breedtestrategie, waarbij in beginsel alle attributen van het evaluatie-objekt worden nagelopen op informatie die de onderzoeker relevant voorkomt. Of de evaluator daarbij zijn werk goed doet, d.w.z. alle relevante informatie verzamelt, hangt in de connoisseur-based studie af van zijn persoonlijke kwaliteiten. In de cliënt-gerichte strategie is de afhankelijkheid van die kwaliteiten minder groot. Hier werkt de interactie met de doelgroep corrigerend op de werkzaamheden van de evaluator. In de kollegiale beoordeling wisselt de afhankelijkheid. Hier hebben de evaluatoren te maken met richtlijnen die deels zeer specifiek omschrijven welke informatie moet worden verzameld en voor een ander deel zo algemeen zijn dat de evaluatoren alle vrijheid tot eigen interpretatie hebben (Petersen, 1979).

Stake (1978) wijst er voorts op, dat holistische en analytische strategieën tevens verschillen in visie op de objectiveerbaarheid van de te verzamelen informatie. De drie systeemtheoretische strategieën richten hun aandacht uitsluitend op gegevens die in beginsel aan iedereen rapporteerbaar en voor iedereen controleerbaar zijn. In de andere strategieën wordt echter ook gebruik gemaakt van kennis die slechts in beperkte mate of geheel niet overdraagbaar is.

Stake gebruikt in dit verband het door Polanyi (1958) ontwikkelde begrip "tacit knowledge". Polanyi maakt in zijn beschouwingen een onderscheid tussen kennis van een object en kennis van de samenstellende delen ervan. Hij betoogt dan dat de structuur van de werkelijkheid en van onze wijze van kennisverwerving niet toelaten dat alle samenstellende delen van een object worden geïdentificeerd of beschreven. We kunnen kennis hebben van een object, zonder alle elementen te kunnen specificeren die zijn gebruikt om die kennis op te bouwen: "our knowledge may include far more than we can tell" (Polanyi, 1969:133). De kennis van de volgens hem onspecificeerbare elementen duidt Polanyi aan met de term "tacit knowledge" *).

*) Een soortgelijke opvatting, maar nu steunend op de kennistheoretische beschouwingen van Peirce, is aan te treffen in de theorievorming over semiotiek (Eco & Sebeok, 1983).

2.6 Selektie van beoordelingsmaatstaven

Waar Johnson criteria definiëert als attributen van een evaluatie-objekt, omschrijft hij beoordelingsmaatstaven als een specificatie van de mate waarin het betrokken attribuut aanwezig moet zijn "to warrant a positive consequential decision with respect to it" (Johnson, 1979:117). Een maatstaf is een norm, een afbakening van een grens tussen wat wel en wat niet aanvaardbaar is: "Standards can be considered to be high or low, whereas criteria are appropriate or inappropriate" (Johnson, 1979:115).

Nadat door selektie van criteria de te verzamelen gegevens zijn afgebakend, rijst de vraag met welke maatstaven ze kunnen worden beoordeeld. In het eerder besproken leerdoel-gerichte onderzoek is de te hanteren maatstaf duidelijk gegeven in de vorm van het in operationele termen geformuleerde leerdoel. De zes evaluatie-strategieën die hier worden besproken, bevatten niet zo'n specifiek voorschrift voor een te hanteren type maatstaf. Ze bevatten wel aanwijzingen over de bronnen van de te hanteren maatstaven. House (1981) heeft de strategieën op dit punt onderzocht. Zijn konklusies kunnen als volgt worden samengevat:

- onderwijs-beleidsstudies gaan ervan uit dat het te evalueren objekt een funktioneel onderdeel is of moet gaan worden van het beleid in bredere zin. Gezocht wordt naar het beleidsalternatief waarmee de nagestreefde beleidsdoelen het beste worden gerealiseerd binnen de gespecificeerde randvoorwaarden. De beoordelingsmaatstaven worden derhalve afgeleid uit de beleidsdoelen;
- In het beslissings-gerichte onderzoek worden maatstaven gehanteerd die gebaseerd zijn op de waarden van de deelnemers aan de besluitvorming over het evaluatie-objekt. De maatstaven kunnen wortelen in persoonlijke waarden, maar ook in de waarden van een achterban of van de organisatie waar men deel van uitmaakt;
- in de konsument-gerichte strategie wordt nagegaan in hoeverre het evaluatie-objekt aan de behoeften van gebruikersgroepen voldoet. De typen behoeften zijn gespecificeerd in de eerder genoemde checklist met criteria. Op een beoordelingsschaal wordt aangegeven in welke mate aan een behoefte wordt tegemoetgekomen;
- de cliënt-gerichte strategie werkt met de opvattingen die leven in de groepen die partij zijn in de besluitvorming over het evaluatie-objekt of door de gevolgen van een beslissing worden geraakt. De maatstaven worden aan hun opvattingen, doelen of verlangens ontleend. Ze worden

- zonodig gedurende het onderzoek aangepast aan verschuivingen in de opvattingen (die als zodanig door het onderzoek worden bewerkstelligd);
- in de kollegiale beoordeling is de subcultuur van de beroepsbeoefenaren de bron van de te hanteren maatstaven. Deze worden zo mogelijk vastgelegd in richtlijnen en regelmatig herzien op basis van praktische ervaringen met de hantering ervan;
 - in de connoisseur-based studie legt de evaluator zijn eigen maatstaven aan. Deze vloeien voort uit de normen, waarden en verwachtingen die de evaluator heeft ontwikkeld en verfijnd gedurende zijn scholing en de daarop volgende werkervaring.

Evenals bij de selectie van de criteria, is ook bij de selectie van maatstaven het onderscheid tussen de analytische en holistische oriëntatie van strategieën van toepassing. In de analytisch gerichte strategieën wordt verondersteld dat alle relevante maatstaven expliciet omschreven kunnen worden. In de kollegiale beoordeling en de connoisseur-based studie wordt juist verondersteld dat veel relevante maatstaven zo aan ervaring zijn gebonden dat zij niet volledig op objectieve wijze omschreven kunnen worden. De cliënt-gerichte strategie neemt ook hier een tussenpositie in. In de loop van het onderzoek worden de verschillende groepen zich bewust van niet eerder geëxpliciteerde maatstaven. Deze worden vervolgens in het onderzoek gebruikt in combinatie met maatstaven die wel eerder konden worden aangegeven.

2.7 Totstandkoming van het oordeel

Een oordeel komt tot stand door het relateren van feiten en waarden (Johnson, 1979). In de onderwijs-beleidsstudie gebeurt dit door het afwikkelen van een technische, kwantitatieve meetprocedure. In het klassieke werk van Carol Weiss (1972), getiteld: "evaluation research", komt deze gang van zaken tot uiting in het opschrift van het derde hoofdstuk: "Formulating the question and measuring the answer". Scriven (1967:39) geeft van een soortgelijke opvatting blijk als hij over evaluatie schrijft: "the activity consists simply in the gathering and combining of performance data with a weighted set of goal scales to yield either comparative or numerical ratings" (Scriven, 1967:39).

In de beslissingsgerichte strategie komt de oordeelsvorming tot stand in een besluitvormingsproces waar de onderzoeker zelf buiten blijft: "the evaluator who does participate in decision making destroys his own

objectivity and hence his utility" (Stufflebeam, 1971:43). De rol van de evaluator beperkt zich hier tot het verzamelen, bewerken en analyseren van gegevens ten behoeve van de besluitvorming.

Een geheel andere visie op de totstandkoming van het oordeel is te vinden in de cliënt-gerichte strategie. Ook hier komt het oordeel tot stand in een besluitvormingsproces. Maar anders dan in de beslissings-gerichte strategie wordt de besluitvorming hier als onderdeel van het evaluatie-onderzoek gezien. De onderzoeker verzamelt gegevens en presenteert deze aan degenen voor wie hij werkt. Vervolgens neemt hij samen met hen deel aan de besluitvorming over deze gegevens. In deze besluitvorming komt het oordeel tot stand. Het moment waarop dit plaatsvindt, valt niet aan te wijzen. De onderzoeker presenteert regelmatig (tussentijdse) gegevens. De besluitvorming is dan ook een . doorlopend proces dat zich parallel aan de dataverzameling afspeelt. In dit proces groeien de betrokkenen geleidelijk naar een oordeel toe.

In de connoisseur-based studie speelt de totstandkoming van het oordeel zich af binnen de persoon van de evaluator. Deze is bij zijn oordeelsvorming niet aan bepaalde regels gebonden. "The evaluator is seen as an information processor, whose job it is to assimilate and judge relevant data The assimilation of the data collected is internal, i.e. the final report (whether formal or informal) will emanate from the evaluator's thought processes" (Gardner, 1977:575). In de kollegiale beoordeling wordt hier een intersubjectieve dimensie aan toegevoegd doordat de evaluatoren als groep moeten oordelen.

In deze twee strategieën wordt van de evaluator verwacht dat hij zijn oordeel goed kan formuleren en beredeneren. De wijze waarop hij tot het oordeel is gekomen, wordt aan hemzelf overgelaten. Dit kan ook moeilijk anders, gezien het holistisch karakter van deze strategieën. In de voorgaande twee paragrafen is uiteengezet dat dit holisme leidt tot het in beschouwing nemen van "tacit knowledge" en het hanteren van niet geëxpliciteerde maatstaven. Wanneer het oordeel mede op dergelijke zaken wordt gebaseerd, is het per definitie onmogelijk om op sluitende wijze aan te geven hoe het oordeel tot stand komt. Wel kunnen er eisen worden gesteld aan de toelichting op het oordeel.

2.8 Onderzoeksresultaten en besluitvorming

In de evaluatietheorie wordt er van uitgegaan dat het resultaat van een evaluatie-onderzoek op enigerlei wijze wordt gebruikt voor besluitvorming aangaande het evaluatie-objekt. Johnson (1979) spreekt in dit verband van de "consequential decision", de beslissing die volgt op het evaluatie onderzoek.

De relatie tussen het evaluatie-onderzoek en de daarop volgende beslissing over het evaluatie-objekt wordt in de zes strategieën op uiteenlopende wijze vorm gegeven. In de beslissings-gerichte strategie is er een strikte scheiding tussen het onderzoek en het besluitvormingsproces. Het onderzoek gaat niet verder dan een rapportage, waarin de verzamelde gegevens worden geordend en geanalyseerd.

In de onderwijs-beleidsstudie zijn onderzoek en besluitvorming in de praktijk doorgaans eveneens gescheiden. Maar aan deze strategie ligt de overtuiging ten grondslag dat het mogelijk en wenselijk is de sociale besluitvorming (op de lange duur) te vervangen door een beslissing langs wetenschappelijke weg: "proponents believe that the human brain, despite its limitations, can cope well enough, not today or tomorrow but some day, with the complexities of the social world. They therefore want to raise the analytic and lower the political component in policy-making" (Lindblom, 1980:34). Of, in de woorden van Weiss (1972:3): "the production of objective evidence is seen as a way to reduce the politicking, self-serving manoeuvres, and the log-rolling that commonly attend decision-making at every level from the Congress to the local school. Data will replace favors and other political negotiations, so that the most rational decisions will be reached".

In het konsument-gerichte onderzoek is er een duidelijke scheiding tussen onderzoek en besluitvorming. Dit kan ook moeilijk anders, omdat de onderzoekresultaten niet bestemd zijn voor gebruik in een vooraf omschreven besluitvormingssituatie - zoals het geval is in het beslissings-gericht onderzoek en de (onderwijs)-beleidsstudie. In het konsument-gericht onderzoek wordt er van uitgegaan, dat een veelheid van groeperingen uiteenlopende beslissingen over een evaluatie-objekt zullen nemen. De onderzoekresultaten zullen dan een veelomvattend karakter moeten hebben, waaruit men kan putten al naar gelang de behoefte in een gegeven situatie.

In de connoisseur-based studie staan onderzoek en besluitvorming eveneens

los van elkaar. Ook hier wordt de scheiding ingegeven door het streven naar toepasbaarheid van de onderzoekresultaten in een veelheid van situaties. Maar daar moet onmiddellijk aan worden toegevoegd dat de connoisseur-based studie geen rechtstreekse toepassing van de onderzoekresultaten in een besluitvormingsproces beoogt. De resultaten zijn in eerste plaats bedoeld om anderen meer besef van het evaluatie-objekt bij te brengen. "Its function is to expand one's awareness of such events and objects so that they are more fully appreciated. Appreciation in this context does not refer to the liking of something ... but rather to the achievement of a heightened awareness of the subject matter" (Eisner, 1979:211). De gedachtengang is duidelijk: des te meer inzicht men heeft in datgene waarover men beslist, des te beter de beslissing zal zijn. De cliënt-gerichte strategie kent geen duidelijke scheiding tussen het onderzoek en de besluitvorming. Er is sprake van een voortdurende wisselwerking tussen beide. De onderzoeker legt tussentijdse resultaten aan zijn doelgroep voor. Het onderzoek wordt dan voortgezet of bijgesteld op basis van de verkregen reacties. Zoals eerder gezegd is hier dan ook geen sprake van besluitvorming die op een aanwijsbaar moment tot een duidelijk omschreven beslissing leidt. Beslissingen groeien tijdens de voortdurende interacties tussen de onderzoeker en de bij het evaluatie-objekt betrokkenen (Stake, 1978).

In de kollegiale beoordeling, tenslotte, zijn onderzoek en besluitvorming duidelijk gescheiden gebeurtenissen. Maar - zoals ook bij de (onderwijs)-beleidsstudies - is het bij deze strategie niet uitgesloten dat de onderzoekers ook aan de besluitvorming deelnemen. Bovendien wordt door de onderzoekers het oordeel in een voorstel vervat ten aanzien van de te nemen beslissing. Het besluitvormingsproces heeft vervolgens meestal het karakter van een marginale toetsing. Dat wil zeggen, dat in de besluitvorming als regel uitsluitend wordt nagegaan of de voorgeschreven werkwijze in acht is genomen en of men in alle redelijkheid tot het betrokken oordeel heeft kunnen komen*).

*) In de kollegiale beoordeling wordt de mogelijkheid geboden om in beroep te gaan tegen zo'n "marginale" toetsing. In het kader van de beroepsprocedure wordt dan door de leiding van het beoordeelde programma nieuw feitenmateriaal aangedragen teneinde de argumentatie van het betwiste oordeel aan te vechten. Ook kan de interpretatie van de feiten worden aangevochten door er een andere redenering tegenover te stellen. In de kollegiale beoordeling is dus ruimte voor twijfel ingebouwd. Dezelfde ruimte treft men in de "connoisseur-based" studie, waar nadrukkelijk wordt gesteld dat een gegeven oordeel altijd ter discussie dient te blijven.

2.9 Aanvaarding van het oordeel

Aan de besluitvorming over een evaluatie-objekt nemen uiteenlopende personen en groepen rechtstreeks of indirekt deel. In de evaluatie-literatuur spreekt men in dit verband van "audiences" of doelgroepen. Het bestaansrecht van evaluatie-onderzoek is gelegen in de aanvaarding van de evaluatie-resultaten c.q. het oordeel door de doelgroep. De moeilijkheid hierbij is, dat de aard van evaluatie-onderzoek als zodanig aanvaarding van de onderzoeksresultaten tegenwerkt. Evaluatie-onderzoek wordt opgezet om op wetenschappelijk verantwoorde wijze tot een oordeel te komen. Als zodanig is het bedreigend voor bij de doelgroepen bestaande oordelen of verwachtingen. Het is denkbaar dat evaluatie-resultaten bestaande oordelen bevestigen of aan bepaalde verwachtingen tegemoet komen. In veel gevallen zullen ze daarentegen aangetast worden. Dit kan gemakkelijke tot gevolg hebben dat de doelgroep het oordeel niet aanvaardt of in elkaar (en de onderzoeker) bestrijdende subgroepen uiteenvalt. Evaluatiestrategieën houden zich dan ook bezig met de vraag wie de doelgroep is waarvoor wordt gewerkt en hoe aanvaarding van het oordeel door deze doelgroep kan worden bevorderd.

Aanvaarden is niet hetzelfde als handelen overeenkomstig het oordeel. Aanvaarding wil zeggen dat de doelgroep kan instemmen met de inhoud van het oordeel. Meer formeel betekent aanvaarding dat de onderzoeksresultaten in de ogen van de doelgroep valide (relevant) en betrouwbaar (juist) zijn. Tot handelen wordt besloten in situaties waarin een groot aantal - vaak tegengestelde - overwegingen een rol spelen. Er zullen daarom vaak omstandigheden zijn die verhinderen dat een doelgroep geheel of gedeeltelijk overeenkomstig het aanvaarde oordeel handelt.

Evaluatiestrategieën verschillen naar keuze van doelgroep en naar de wijze waarop aanvaarding van het oordeel door die groep wordt nagestreefd. Onderwijs-beleidsstudies kunnen worden uitgevoerd voor overheidsorganen (op alle niveau's) of voor partikuliere organisaties. In beide gevallen omvat de doelgroep de leden van die organisaties. Bij de overheid en dienstverlenende organisaties is het publiek eveneens een doelgroep, behalve als het strikt interne studies betreft.

Bij de onderwijs-beleidsstudie wordt aanvaarding van de onderzoeksresultaten nagestreefd door een verantwoording van de opzet en uitvoering van het onderzoek in termen van overeenstemming met bepaalde wetenschappelijk verantwoorde theorieën, methoden en technieken (Lindblom & Cohen, 1979). Dezelfde aanpak wordt gevolgd in de beslissings-gerichte

strategie. Hier wordt verder ook nadrukkelijk gewezen op het belang van de opleiding en ervaring van de evaluator en de noodzaak, evaluatoren zorgvuldig te selekteren. De beslissings-gerichte strategie beperkt de doelgroep overigens tot de opdrachtgever.

De konsument-gerichte strategie neemt al diegenen als doelgroep die op enigerlei wijze een beslissing jegens het evaluatie-objekt kunnen nemen. Ook hier wordt de aanvaardbaarheid van de onderzoeksresultaten nagestreefd door middel van wetenschappelijke verantwoording van opzet en uitvoering van het onderzoek. Daarnaast meent Scriven dat de onafhankelijkheid van de onderzoeker een belangrijke vereiste is - en wel om aannemelijk te maken "that no whitewash or favorably biased report was written" (Scriven, 1973:104).

De cliënt-gerichte strategie kiest de belanghebbenden bij het evaluatie-objekt als doelgroep. Aanvaarding wordt nagestreefd door beslissingen over opzet en verloop van het onderzoek te baseren op interacties tussen onderzoeker en leden van de doelgroep, waarbij beide partijen hun visies inbrengen. Bij de connoisseur-based studie worden alle (potentiële) betrokkenen bij het evaluatie-objekt als doelgroep gekozen (House, 1980). Aanvaarding wordt nagestreefd door de kwaliteit van het betoog, waarin het oordeel wordt gepresenteerd. Het oordeel dient verpakt te zijn in een betoog met grote expressieve kracht, hetgeen eisen stelt aan taalgebruik en kompositie. Voorts dient het intern consistent te zijn en te verwijzen naar voor de lezer herkenbare zaken. Ook is het nodig in het betoog grondige kennis van het onderwerp te demonstreren (Eisner, 1979).

In de kollegiale beoordeling wordt de doelgroep gevormd door de instantie die een beslissing over het evaluatie-objekt neemt. De aanvaarding van de onderzoeksresultaten door deze instantie wordt, evenals in de "connoisseur-based" studie, nagestreefd middels de overtuigingskracht van het beredeneerde oordeel en de reputatie van de evaluatoren. Maar terwijl in de "connoisseur-based" studie de onderzoeker een reputatie moet hebben opgebouwd door zijn evaluatiewerkzaamheden, gaat het in de kollegiale beoordeling om een reputatie onder kollega's. De reputatie is dan gebaseerd op de dagelijkse werkzaamheden van de evaluator - en die liggen op het gebied van het onderwijs en niet op het gebied van de evaluatie. In het oordeel moet tevens duidelijk worden dat de voorgeschreven richtlijnen voor de evaluatie zijn gevolgd. Voor de aanvaarding van het oordeel is tevens een verantwoording van de werkwijze vereist. In dit

geval houdt dat in, dat in het oordeel duidelijk moet worden dat de voorgeschreven richtlijnen voor de evaluatie zijn gevolgd.

De aanvaardbaarheid van het oordeel wordt in de kollegiale strategie verder nagestreefd door meer dan één onderzoeker te gebruiken en hen om een gezamenlijk oordeel te vragen. Het gezamenlijk oordeel komt tot stand in een proces van meningsvorming. Waar de meningen botsen, poogt men de verschillen te overbruggen met de kracht van argumenten. Waar dit niet lukt, worden de verschillen naar buiten gebracht in een minderheidsrapport.

Schema 2.2 Kernvragen in evaluatie-onderzoek en de geboden antwoorden in zes strategieën

vragen	onderwijs- beleidsstudies	beslissings-gericht onderzoek
aan de evaluator gesteld?	van methoden en tech- nieken van kwantitatief onderzoek	van methoden en tech- nieken van kwantitatief onderzoek
<u>2.</u> hoe wordt de informatie afgebakend?	kosten en effecten als criteria	verschillende sets criteria, korresponderend met verschillende typen vraagstellingen en situaties
<u>3.</u> waar worden eva- luatie-maatstaven aan ontleend?	aan de doelen van het beleid	aan de opvattingen van de deelnemers aan de besluitvorming
<u>4.</u> hoe worden feiten en waarden gerelateerd?	door afwikkelen van een kwantitatieve meetprocedure door de onderzoeker	in besluitvorming door doelgroep waar de onder- zoeker buiten blijft
<u>5.</u> hoe is de relatie tussen onderzoeks- resultaten en besluitvorming over het objekt?	de onderzoeksresultaten leiden binnen het onder- zoek tot oordeelsvorming die sociale besluitvorming op de lange duur moet kunnen vervangen	de onderzoeksresultaten worden gebruikt in het besluitvormingsproces
<u>6.</u> wat is de doelgroep voor de onderzoeks- resultaten?	het publiek en/of de leden van de betrokken organisatie	de opdrachtgever voor het onderzoek
<u>7.</u> hoe wordt aan- vaarding van de onderzoeks- resultaten door de doelgroep nagestreefd?	door wetenschappelijke verantwoording van de evaluatie-resultaten. Verantwoording vindt plaats door aan te to- nen dat opzet en uit- voering van het onder- zoek in overeenstemming zijn met bepaalde metho- dologische voorschriften	a) door de te nemen beslissingen vast te stellen in samenspraak tussen onderzoeker en opdrachtgever b) door wetenschappelijke verantwoording van de onderzoeksresultaten, op dezelfde wijze als bij de onderwijs- beleidsstudie

SCHEMA 2.2 Vervolg I

vragen	consument-gericht onderzoek	kliënt-gericht onderzoek
<u>1.</u> welke eisen worden aan de evaluator gesteld?	technische beheersing van methoden en technieken van kwantitatief onderzoek	technische beheersing van methoden en technieken van kwantitatief en kwalitatief onderzoek
<u>2.</u> hoe wordt de informatie afgebakend?	specificatie van alle relevante criteria in een checklist	globale criteria zijn vooraf gegeven. Welke gegevens daarbinnen worden verzameld, hangt af van overleg tussen onderzoeker en doelgroep
<u>3.</u> waar worden evaluatie-maatstaven aan ontleend?	aan de behoeften van de consument	aan de opvattingen van de bij het onderzoek betrokken groepen en individuen
<u>4.</u> hoe worden feiten en waarden gerelateerd?	door afwikkelen van een kwantitatieve meet-procedure door de onderzoeker	in gezamenlijke besluitvorming van doelgroep en onderzoeker
<u>5.</u> hoe is de relatie tussen onderzoeks-resultaten en besluitvorming over het object?	voor de besluitvorming kan eenieder naar behoefte uit de onderzoeksresultaten putten	onderzoek en besluitvorming vormen één geheel
<u>6.</u> wat is de doelgroep voor de onderzoeks-resultaten?	de (potentiële) gebruikers van het evaluatie-object	direct belanghebbenden bij het evaluatie-object
<u>7.</u> hoe wordt acceptatie van de onderzoeks-resultaten door de doelgroep nagestreefd?	a) door het benadrukken van de onafhankelijkheid van de onderzoeker b) door wetenschappelijke verantwoording van de onderzoeks-resultaten, op dezelfde wijze als bij de onderwijs-beleids-studies	beslissingen aangaande het verloop en de resultaten van het onderzoek baseren op interactie tussen onderzoeker en doelgroep

Schema 2.2 Vervolg II

vragen	connoisseur-based study	kollegiale beoordeling
<u>1.</u> welke eisen worden aan de evaluator gesteld?	grondige kennis van de aard van het te evalueren objekt; hoog ontwikkeld expressief vermogen	grondige kennis van de aard van het te evalueren objekt; hoog prestige onder kollega's
<u>2.</u> hoe wordt de informatie afgebakend?	door beoordelaar op basis van eigen inzicht en tijd- en plaatsgebonden overwegingen	een aantal criteria, overwegend globaal omschreven in richtlijnen
<u>3.</u> waar worden evaluatie-maatstaven aan ontleend?	eigen, meest impliciete maatstaven; ontwikkeld door scholing en ervaring	aan de groepskultuur van de kollega's
<u>4.</u> hoe worden feiten en waarden gerelateerd?	niet geëxpliciteerd proces binnen de onderzoeker	niet geëxpliciteerd proces binnen de groep onderzoekers
<u>5.</u> hoe is de relatie tussen onderzoeksresultaten en besluitvorming over het objekt?	geen direkte relatie; de onderzoeksresultaten beogen meer inzicht in het objekt bij te brengen	de besluitvorming is primair een marginale toetsing van het oordeel van de evaluatoren
<u>6.</u> wat is de doelgroep voor de onderzoeksresultaten?	de (potentiële) betrokkenen bij het evaluatie-objekt	de accrediterende instantie en degenen die de dagelijkse verantwoordelijkheid voor het evaluatie-objekt dragen
<u>7.</u> hoe wordt acceptatie van de onderzoeksresultaten door de doelgroep nagestreefd?	door de kwaliteit van het beredeneerde oordeel alsmede demonstratie van grondige kennis van het onderwerp	a) door de argumentatie, waarin het oordeel is vervat b) door de reputatie van de evaluator onder vakgenoten c) door overeenstemming met werkwijze in de geldende richtlijnen

3. DE OPZET VAN HET ONDERZOEK

3.1 De doelgroep

In hoofdstuk een is uiteengezet dat het hier te bespreken onderzoek is voortgekomen uit een opdracht van het Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medische Specialisten (kortweg: Centraal College) aan de Commissie Opleidingsproblematiek Specialisten (COS). Deze opdracht behelsde de beoordeling van het bestaande beleid van het College en het ontwikkelen van voorstellen tot beleidswijziging. Ze werd aan de COS gegeven ter voorbereiding van besluitvorming in het Centraal College over wijziging van het bestaande beleid. De doelgroep van het onderzoek is derhalve het Centraal College.

Het Centraal College is het beleidsbepalend orgaan van de organisatie die in het leven is geroepen voor het opleiden van medische specialisten. Deze organisatie zal hierna worden aangeduid als "de opleidingsorganisatie". Onder het begrip organisatie wordt in dit onderzoek verstaan: een sociale vereniging of menselijke groepering "weloverwogen gevormd en aangepast om bepaalde doeleinden te bereiken" (Etzioni, 1974:11). In de organisatietheorie spreekt men in dit geval meestal van formele organisaties, teneinde deze doelgerichte verbanden te onderscheiden van sociale organisaties "where social life is carried on without a framework of explicit goals or rules which define a formal status structure" (Silverman, 1972:8).

Formele organisaties kenmerken zich niet alleen door de aanwezigheid van bepaalde doelen. Ze beschikken ook over regels voor het nastreven van die doelen, alsmede "a formal status structure with clearly marked lines of communication and authority" (Blau and Scott, 1962:14). De formele structuur van de opleidingsorganisatie wordt beschreven in hoofdstuk vijf. Daar zal tevens duidelijk worden gemaakt dat er sprake is van een sterke vervlechting van de opleidingsorganisatie met andere bij de opleiding betrokken of belanghebbende organisaties. Het gaat hierbij met name om de opleidingsinrichtingen, de medische fakulteiten en de diverse medische beroepsgroepen. Samen met de opleidingsorganisatie vormen zij een inter-organisatoneel opleidingsnetwerk. Over zulke netwerken merkt Mastenbroek (1982:46) op: "De relaties tussen de groepen zijn gekenmerkt door koöperatie en door competitie. Men is van elkaar afhankelijk en men heeft eigen belangen. Men kan in zekere zin spreken van een coalitie van

uiteenlopende belangen". Van Dijck (1982) onderscheidt netwerken in de gezondheidszorg naar de aard van de belangen, waar omheen zo'n coalitie ontstaat. De belangen kunnen gericht zijn op beleid en planning, op beheer van dienstverleningssystemen en op professionele dienst- en hulpverlening aan cliënten.

De vervlechting van de opleidingsorganisatie met andere organisaties in het netwerk vindt overwegend plaats op het gebied van beleid en is geïnstitutionaliseerd in de vorm van kwaliteitszetsels in de beleidsbepalende en uitvoerende organen van de opleidingsorganisaties. Deze zetsels zijn toegekend aan de medische beroepsgroepen, de medische fakulteiten en de opleidingsinrichtingen (zie verder hoofdstuk vijf). Dit betekent o.a. dat de desbetreffende organisaties de besluitvorming binnen het Centraal College sterk kunnen beïnvloeden. Om die reden is het zinvol in het onderzoek een onderscheid te maken tussen een primaire en een sekundaire doelgroep. De primaire doelgroep is dan het Centraal College. De sekundaire doelgroep omvat de overige organisaties in het (interorganisationale) opleidingsnetwerk.

3.2 Het object van onderzoek

Het object van onderzoek is het beleid van het Centraal College. Het begrip beleid wordt op uiteenlopende wijze gedefinieerd. "Beleid is volgens sommige auteurs een handelen, volgens anderen een voorgenomen gedragslijn, met andere woorden een plan, volgens weer anderen zowel een voornemen als een handelen" (Hoogerwerf, 1982:28). In dit onderzoek wordt beleid opgevat als een plan.

Hofer en Schendel (1978) maken duidelijk dat er in de literatuur over organisatiebeleid twee opvattingen bestaan over de samenstellende delen van zo'n plan. In de ene opvatting wordt het begrip beleid beperkt tot de doelen die een organisatie wenst na te streven. In de andere opvatting vallen ook de middelen, die worden gebruikt om de doelen te bereiken, onder het begrip beleid. In dit onderzoek worden niet alleen de doelen van de opleiding tot medisch specialist betrokken. Er wordt ook aandacht besteed aan de beleidsmiddelen.

In het onderzoek worden twee soorten doelen onderscheiden. Onder de algemene doelen van de opleiding vallen de keuzen aangaande de specialismen waarvoor wordt opgeleid, het niveau van de opleidingen en de

onderdelen van het takenpakket van de specialist die in de opleiding aan de orde zullen komen. Deze beslissingen worden in de literatuur over strategisch beleid wel aangeduid als betrekking hebbend op de selectie van een produktmarkt-kombinatie (Hofer en Schendel, 1978). Daarnaast wordt in het onderzoek aandacht besteed aan specifieke doelen, die zijn uitgewerkt in de z.g. opleidingseisen. Steiner en Miner (1977) duiden een specifiek plan, zoals uitgewerkt in de opleidingseisen, aan met de term "program strategy". In het onderzoek zal worden gesproken over opleidingseisen, waar sprake is van doelen aangaande de inrichting van de opleidingen.

De term middelen is problematisch. Hoogerwerf (1982) wijst er op dat het onderscheid tussen doelen en middelen slechts empirisch, binnen een bepaalde kontekst, kan worden vastgelegd. In het onderzoek wordt over middelen gesproken als de beleidsinstrumenten worden bedoeld, die het Centraal College heeft ontwikkeld om te verzekeren dat de inrichting van de opleidingen overeenkomt met de gestelde doelen. Het belangrijkste instrument is de z.g. visitatie van opleidingsafdelingen. Binnen de opleidingsorganisatie worden uiteraard meer (personele, materiële en organisatorische) middelen aangewend. Deze worden grotendeels gekozen en aangewend op het niveau van de opleidingsafdeling, buiten bemoeienis van het Centraal College. De desbetreffende middelen en de daarmee verbonden beslissingen worden om die reden niet in het onderzoek betrokken.

In het onderzoek worden de doelen en middelen (instrumenten) betrokken die het Centraal College heeft gekozen met betrekking tot de opleiding tot medisch specialist. Strikt genomen heeft het beleid van het College nog betrekking op andere zaken zoals de toelating van het in het buitenland opgeleide specialisten. Deze zaken blijven buiten het evaluatie-onderzoek. De aandacht wordt uitsluitend gericht op wat "het opleidingsbeleid" genoemd kan worden, de doelen en middelen die betrekking hebben op de opleiding van medische specialisten in engere zin.

3.3 Doel van het onderzoek

Stufflebeam (1971) onderscheidt vier typen evaluatie-onderzoek op basis van vier soorten vraagstellingen:

1) kontekst-evaluatie.

Dit type evaluatie-onderzoek houdt zich bezig met vraagstukken rond de beoordeling van de afstemming van het beleid op relevante omgevingsfactoren: "the relevant environment" (Stufflebeam, 1971:136)

2) input-evaluatie.

De vraagstelling richt zich hier op de beoordeling van de aanwending van de beschikbare middelen in de tenuitvoerlegging van het beleid.

3) proces-evaluatie.

In dit type evaluatie-onderzoek komen vragen aan de orde ten aanzien van de wijze van tenuitvoerlegging van het beleid.

4) produkt-evaluatie.

De uitkomsten van de inspanningen binnen de opleidingsorganisatie worden in dit type evaluatie-onderzoek bestudeerd in het licht van de geformuleerde beleidsdoelen.

De opdracht van het Centraal College aan de COS, waaruit het onderhavige onderzoek is voortgekomen, was tweeledig. Ze behelsde de beoordeling van het bestaande beleid en de ontwikkeling van voorstellen tot beleidswijzigingen. Deze opdracht was zo ruim dat ze kon leiden tot vraagstellingen binnen elk van de hierboven genoemde vier typen evaluatie. In het kader van het onderzoek is de opdracht aan de COS opgevat als een verzoek tot kontekstevaluatie. De opdracht zelf is daarbij uitgewerkt in een dubbele doelstelling voor het onderzoek. De eerste doelstelling is het beoordelen van de toereikendheid van de afstemming van het opleidingsbeleid op de kenmerken van de (het verderop nader uit te werken begrip) omgeving van de opleidingsorganisatie. De tweede doelstelling is het ontwikkelen van beleidsvoorstellen, teneinde, waar nodig, de afstemming te verbeteren.

De inperking van het doel van het onderzoek tot een kontekst-evaluatie is in de eerste plaats gebaseerd op gegevens over de wordingsgeschiedenis van de kommissie, verkregen door onderzoek van de notulen van het Centraal College en gesprekken met de toenmalige voorzitter van de COS, prof.dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen. Uit de gegevens kon worden gekonkludeerd, dat het Centraal College in de jaren zestig in toenemende mate gekonfronteerd werd met groeperingen die uiteenlopende wensen aangaande veranderingen in het bestaande opleidingsbeleid (met wisselend

sukses) op de agenda van het College poogden te krijgen. De argumentatie die deze akties begeleidde, baseerde zich vooral op veranderde omstandigheden in en rond de opleiding tot medisch specialist. Bovendien was het College zich zelf sterk bewust van die veranderingen en de daardoor opgeroepen beleidsproblemen - zonder overigens over pasklare antwoorden te beschikken (Lindeboom, 1968; Van Nieuwenhuizen, 1968, 1969). Kortom er was aan het einde van de jaren zestig een door het Centraal College en daarbuiten sterk beleefde diskrepantie tussen het bestaande beleid en diverse omstandigheden in en rond de opleidingen. Het verlangen wat aan deze diskrepantie te doen leidde tot instelling van de COS.

De vertaling van de opdracht aan de COS in een kontekst-evaluatie werd voorts gebaseerd op mededelingen van de leden van de COS aan de onderzoeker over wat zij nadrukkelijk niet als een probleem zagen. Zowel in als buiten de COS-vergaderingen werd benadrukt, dat het opleidingsproces in het algemeen naar wens funktioneerde en dat ook de bereikte resultaten alleszins aanvaardbaar waren.

Deze mededelingen waren voor de onderzoeker niet te verifiëren zonder uitgebreid evaluatie-onderzoek. Maar of ze nu juist waren of niet, ze betekenden dat de kommissie geen behoefte had aan een proces- of produkt-evaluatie. Daarom werden de met deze typen evaluatie verbonden vraagstellingen verder buiten beschouwing gelaten. Hetzelfde gebeurde ten aanzien van de input-evaluatie. De reden was hier, dat er bij het voorbereiden van het onderzoek geen duidelijke aanwijzingen waren dat er een probleem lag in de aanwending van de beschikbare middelen*).

Het onderzoek is derhalve ingericht als een kontekst-evaluatie. Dit betekent overigens niet dat de andere typen evaluatie daarmee geheel uit zicht verdwijnen. Aangenomen mag worden dat duurzame en essentiële tekortkomingen in zowel het verloop als de resultaten van de opleiding tot medisch specialist vroeg of laat door personen of groeperingen (in en buiten de opleidingen) vertaald zullen worden in voorstellen tot beleidswijzigingen. In die vorm kunnen ze dan, zoals verderop duidelijk zal worden, in het onderzoek aan de orde komen.

*) In de loop van het onderzoek werd desalniettemin meer zicht verkregen op de effektiviteit van de door het Centraal College ontwikkelde beleidsinstrumenten. Daarom wordt alsnog in het voorlaatste hoofdstuk ingegaan op deze effektiviteit, hetgeen betekent dat in elk geval een input-evaluatie van beperkte betekenis is verricht.

3.4 Afstemming op omgevingskenmerken

Het evaluatie-onderzoek is opgezet vanuit een onderwijskundige invalshoek. Dit betekent onder meer dat de opzet is ontwikkeld met behulp van inzichten, ontleend aan de in hoofdstuk twee besproken evaluatiestrategieën. Bij de analyse van gegevens is gebruik gemaakt van onderwijskundige begrippen, met name ontleend aan de kurrikulumtheorie. Bij het uitwerken van voorstellen is gebruik gemaakt van resultaten van onderwijskundig onderzoek en produkten van onderwijskundig ontwikkelingswerk.

De onderwijskundige invalshoek heeft echter een duidelijke beperking. De kurrikulumtheorie is het onderdeel van de onderwijskunde dat zich bezighoudt met vraagstukken rond de doelen en inrichting (anders gezegd: de programmering) van opleidingen. In deze theorie wordt betrekkelijk weinig aandacht besteed aan de organisatorische kontekst waarbinnen onderwijsactiviteiten worden ontplooid. In klassieke werken als dat van Tyler (1950) en Wheeler (1967) zal men tevergeefs zoeken naar de relatie tussen een onderwijsprogramma en de organisatiestructuur waarbinnen dit vorm krijgt. Wel is men steeds meer oog gaan krijgen voor de invloed van besluitvormingsprocessen op de inrichting van opleidingen (zie bijv. Flechsig en Haller, 1973; Betcher en Maclure, 1978). In de kurrikulumtheorie worden opleidingsprogramma's echter vrijwel nooit als het beleid van onderwijsorganisaties opgevat. Als gevolg daarvan vindt men in de literatuur op dit gebied ook nauwelijks analyses van de afstemming van het beleid op de omgevingskenmerken van onderwijsorganisaties, zoals men die bijvoorbeeld vindt in de organisatiethoretische literatuur (zie bijv. Snellen, 1975; Wissema, 1979; Keuning en Eppink, 1982).

De in de vorige paragraaf geformuleerde doelstelling van het onderzoek maakt het echter nodig in de onderzoekopzet gebruik te maken van theoretische begrippen en inzichten op het gebied van beleid en organisatie. Het onderzoek moet resulteren in een oordeel over de afstemming van het opleidingsbeleid op de omgevingskenmerken van de opleidingsorganisatie. Aansluitend moeten, waar nodig, voorstellen worden gedaan om tot een betere afstemming te komen. Het is dan nodig duidelijk te maken wat onder opleidingsbeleid, omgevingskenmerken en afstemming wordt verstaan en hoe deze begrippen met elkaar zijn verbonden. In paragraaf 3.2 is het begrip opleidingsbeleid reeds besproken. Hieronder zal kort op de overige begrippen worden ingegaan.

Organisaties streven hun doeleinden na onder omstandigheden die gezamenlijk kunnen worden aangeduid met de term organisatie-omgeving. Hall (1982) onderscheidt twee typen omgevingen. Onder de algemene omgeving verstaat hij het geheel van factoren die min of meer als randvoorwaarden voor het functioneren van de organisatie kunnen worden beschouwd. Keuning en Eppink (1982) noemen als belangrijkste factoren: omstandigheden van demografische, economische, technologische, sociaal-maatschappelijke, politieke en ekologische aard, alsmede marktkenmerken. De specifieke omgeving wordt door Hall gedefiniëerd in termen van andere organisaties waarmee duurzame betrekkingen worden onderhouden, waarmee een inter-organisatieel netwerk wordt gevormd.

De kenmerken van de omgeving scheppen voor een organisatie kansen en bedreigingen (Steiner en Miner, 1977). Ze leggen ook beperkingen op (Thompson, 1967). Op deze wijze bepalen ze de marges waarbinnen werkzaamheden op doeltreffende wijze kunnen worden ontplooid. Worden deze marges genegeerd, dan zullen de werkzaamheden hinder of moeilijkheden gaan ondervinden. Het is daarom van belang dat het beleid, dat immers richting geeft aan de werkzaamheden, zo goed mogelijk op de omgevingskenmerken van een organisatie wordt afgestemd.

Van een volledige afstemming is sprake als de kenmerken van het beleid en die van de omgeving inhoudelijk en/of logisch consistent zijn. Als dit niet het geval is kan men spreken van diskrepanties. Een volledige afstemming zal in de praktijk zelden te realiseren zijn, omdat er doorgaans sprake is van tegenstrijdige omgevingskenmerken. Onder zulke omstandigheden kan slechts worden gestreefd naar een optimale afstemming, waarbij diskrepanties zo klein mogelijk worden gehouden.

Het optimale karakter van bestaand beleid wordt voortdurend bedreigd door het optreden van veranderingen in de omgevingskenmerken. Dergelijke veranderingen kunnen er toe leiden dat bestaande diskrepanties groter worden of nieuwe ontstaan. De diskrepanties zullen door personen en groepen in en buiten de organisatie op uiteenlopende wijze worden ervaren, afhankelijk van de wijze waarop men bij de organisatieprocessen is betrokken en de normen, waarden en verwachtingen waaraan men zijn waarnemingen en ervaringen toetst. Als een diskrepantie een bepaalde grens heeft overschreden zullen bepaalde personen en groepen gaan reageren. Ze zullen activiteiten gaan ontplooiën, gericht op het terugdringen of opheffen van de diskrepantie. Het beleid komt ter discussie

en op zeker moment zal het worden gewijzigd om de optimale afstemming op de (gewijzigde) omgevingskenmerken te verkrijgen.

Aan de hand van schema 3.1 kan de uitwerking van bovenstaande gedachten- gang in het onderzoek worden toegelicht. Op het moment dat het Centraal College een onderdeel van zijn beleid vaststelt, maakt het tevens een keuze voor een bepaalde mate van afstemming op de dan aanwezige omgevingskenmerken. In schema 3.1 is deze afstemming aangegeven door de dubbele pijl A. In de loop van de tijd zal de oorspronkelijke omgeving veranderingen ondergaan (pijl B), waardoor de gekozen afstemming verloren gaat. Er ontstaan dan diskrepanties tussen het opleidingsbeleid en de vigerende omgevingskenmerken (dubbele pijl C). Deze diskrepanties zullen op zeker moment door personen, groeperingen of organisaties, die op enigerlei wijze bij de opleiding tot medisch specialist betrokken zijn, worden omgezet in kritiek op het bestaande beleid. Als het Centraal College die kritiek als reëel ervaart, ontstaat een situatie waarin voorstellen tot beleidswijziging in de vergaderingen van het College aan de orde kunnen komen. Deze voorstellen dienen dan voort te vloeien uit een analyse van de aanwezige diskrepanties (pijl D). Als ze door het Centraal College worden overgenomen, kan een weloverwogen afstemming van het opleidingsbeleid op de vigerende omgevingskenmerken worden bereikt (dubbele pijl E).

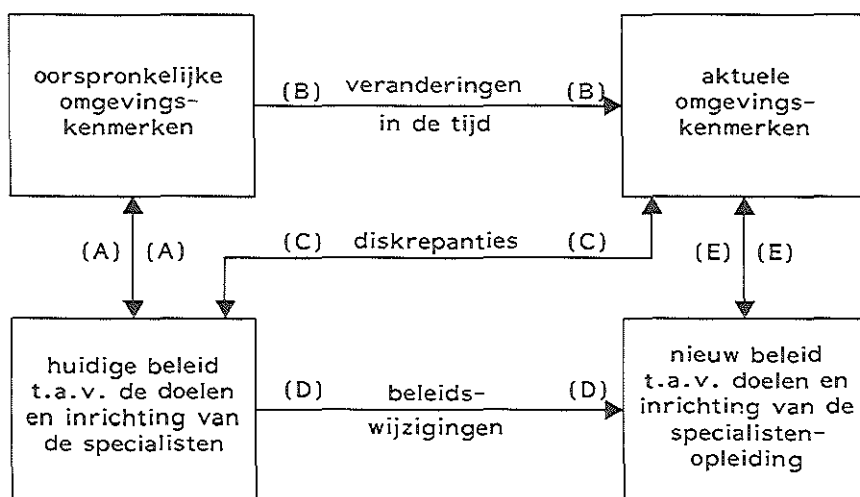
3.5 Werkwijze en nadere uitwerking van de onderzoekopzet

Het onderzoek ging in september 1979 van start en werd in de herfst van 1982 afgesloten met een eindrapportage aan het Centraal College. De in het onderzoek verzamelde gegevens hadden betrekking op de stand van zaken per een januari 1980 en op de daaraan voorafgaande jaren tot 1961, het jaar van de instelling van het Centraal College. Gegevens over de jaren voor 1961 zijn incidenteel verzameld. In de hierna te presenteren hoofdstukken zijn de onderzoekgegevens waar mogelijk bijgewerkt tot de stand van zaken per 1 januari 1984.

De eerste fase van het onderzoek richtte zich op het beschrijven en analyseren van het beleid zoals dat eind 1979 door het Centraal College formeel was vastgelegd. Dit beleid is te vinden in het door de KNMG gepubliceerde handboek "Erkenning en Registratie van Medische Specialisten". Gegevens over de wordingsgeschiedenis van het beleid zijn geput uit het

SCHEMA 3.1:

DE RELATIE TUSSEN HET BELEID EN DE OMGEVINGSKENMERKEN



archief van het Centraal College. Andere bronnen van informatie waren de jaarverslagen van het College, van de Specialisten Registratie Commissie en de Commissie van Beroep. Tevens zijn redevoeringen bestudeerd waarmee voorzitters van het Centraal College een nieuw vergaderjaar openden (Lindeboom, 1968, 1971, 1973, 1975; Van Nieuwenhuizen, 1972). Voor het verkrijgen van inzicht in de historische ontwikkeling van het beleid zijn de gedenkboeken van de Nederlandse Internisten Vereeniging (Geerling 1981) en de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde (Kuijjer, 1977) geraadpleegd naast de geschiedschrijving over de KNMG (Festen, 1963 en 1974). Een rijke bron van informatie werd voorts geboden door diverse beschouwingen door toonaangevende leden van de opleidingsorganisatie over het beleid van het College (Van Nieuwenhuizen 1968, 1969, 1971, 1976; Den Otter, 1978; Piekaar, 1968; Eeftinck Schattenkerk, 1968; Pannekoek, 1968). Voorts werden uitvoerige achtergrondinterviews gehouden met negen personen op sleutelposities in het opleidingsnetwerk.

De tweede fase in het onderzoek omvatte het beschrijven en analyseren van veranderingen in de omgevingskenmerken van de opleidingsorganisatie. Het begrip omgevingskenmerken is in het onderzoek geoperationaliseerd als kenmerken van de structuur en/of het beleid van organisaties in het opleidingsnetwerk. Dit betekende dat voorafgaande aan de beschrijving van de omgevingskenmerken een identifikatie moest plaatsvinden van de organisaties in het opleidingsnetwerk. In het onderzoek zijn twee maatstaven gebruikt om te beslissen of een organisatie tot het opleidingsnetwerk kon worden gerekend. Daarbij behoefde slechts aan een van beide maatstaven te worden voldaan. Een organisatie werd geacht tot het opleidingsnetwerk te behoren als ze een of meer kwaliteitszetels in de diverse beleidsorganen van de opleidingsorganisatie tot haar beschikking had of voor de bezetting van bepaalde zetels geraadpleegd diende te worden. De tweede maatstaf was dat er geregelde formele schriftelijke of mondelinge kontakten dienden te zijn tussen de betrokken organisatie en het Centraal College of de Specialisten Registratie Commissie.

De identifikatie van de organisaties in het opleidingsnetwerk is primair tot stand gekomen op basis van de beschrijving en analyse van de structuur van de opleidingsorganisatie, die te vinden is in hoofdstuk vijf. Het onderzoek naar de aanwezigheid van geregelde kontakten vond plaats door analyse van de jaarverslagen van het Centraal College en de

Specialisten Registratie Commissie. Voor het onderzoek naar de structuur van de opleidingsorganisatie is gebruik gemaakt van de eerder genoemde bronnen, die zijn geraadpleegd voor de beschrijving van het opleidingsbeleid. Voorts is gebruik gemaakt van gegevens, afkomstig uit beschouwingen over de geschiedenis van de Specialisten Registratie Commissie en het Centraal College (Van der Mijn, 1973; Van Nieuwenhuizen, 1972; Van den Berg, 1982). Tevens zijn gegevens geput uit het jaarlijks gepubliceerde "rapport aangaande het assistenten- en beddenbestand van door de SRC erkende opleidingsinrichtingen".

Na het inventariseren van de tot het opleidingsnetwerk behorende organisaties, kon het onderzoek gericht worden op de bestudering van de veranderingen in het beleid en de structuur van deze organisaties. Daarvoor is gebruik gemaakt van beleidsdocumenten van de betrokken organisaties en publikaties van organisatie-leden over de betrokken onderwerpen. Ook zijn gegevens geput uit de stukken die zijn geraadpleegd voor de beschrijving van de opleidingsorganisatie. Een derde bron van informatie vormden beschouwingen en analyses over knelpunten in het opleidingsbeleid, neergelegd in publikaties waar in de probleemanalyse naar verwezen zal worden. Bovendien zijn in deelonderzoeken gegevens verzameld over het patiëntenbestand op opleidingsafdelingen en over de arbeidsverdeling binnen de urologie en neurologie. De resultaten van het onderzoek naar veranderingen in de omgevingskenmerken worden gepresenteerd in hoofdstuk zes.

De derde fase van het onderzoek omvatte de analyse en beoordeling van de afstemming van het opleidingsbeleid op de veranderde omgevingskenmerken. De afstemming is als onvoldoende beoordeeld als:

a handhaving van het bestaande beleid onder de gewijzigde omstandigheden ten koste gaat of zal kunnen gaan van de met het beleid beoogde doeltreffendheid van het verloop en/of resultaat van het opleidingsproces

en

b als gevolg daarvan organisaties in het opleidingsnetwerk (of hun representanten) meer dan eenmalige kritiek leveren op de bestaande situatie of voorstellen formuleren om tot beleidswijziging te komen. Als aan deze twee maatstaven voor een onvoldoende afstemming is voldaan, wordt in de probleemanalyse gesproken van een diskrepantie (tussen beleid en de omgevingskenmerken). In de probleemanalyse worden de aangetroffen

diskrepancies per beleidsonderdeel beschreven en toegelicht. Aansluitend worden beleidswijzigingen uitgewerkt, waarmee de gesignaleerde diskrepancies kunnen worden verkleind of bestreden. Voor een verdere toelichting op de opzet van de probleemanalyse wordt men verwezen naar hoofdstuk zeven. In hoofdstuk zestien, tenslotte, wordt nog kort ingegaan op de reacties van het opleidingsnetwerk op het in 1982 aan het Centraal College uitgebrachte rapport.

3.6. Begrenzungen

Het voorafgaande houdt in dat in het onderzoek met name de volgende begrenzingen zijn aangebracht. In de eerste plaats zijn alleen diskrepancies bestudeerd die ten grondslag liggen aan de in hoofdstuk een gepresenteerde lijst met opleidingsvraagstukken. Deze lijst kan worden beschouwd als een inventarisatie van wat door de COS als meest dringende opleidingsvraagstukken wordt gezien. Vanwege de samenstelling van de COS mag worden verondersteld dat deze lijst rezens de prioriteiten van het Centraal College weerspiegelt. In dit verband kan nog worden opgemerkt dat noch in de COS noch in het Centraal College tijdens discussies over de evaluatie-resultaten naar voren is gebracht dat het onderzoek ten onrechte bepaalde vraagstukken buiten beschouwing heeft gelaten. Door het onderzoek te beperken tot de lijst van de COS is de aandacht doelbewust gericht op onderwerpen die op het moment van het onderzoek binnen de opleidingsorganisatie als urgent zijn ervaren. De beperking wil niet zeggen dat er geen andere problemen zijn. Het is echter een onderzoek op zich om vraagstukken op te sporen die niet door de betrokken als zodanig worden ervaren. Bovendien ontstaat in zo'n aanpak ook de noodzaak, de opleidingsorganisatie bewust te maken van dergelijke problemen. Dat vraagt andersoortige activiteiten dan in het kader van dit evaluatie-onderzoek konden worden ontplooid.

In de tweede plaats is het onderzoek begrensd door de wijze, waarop de omgevingskenmerken zijn geoperationaliseerd. In het onderzoek zijn alleen kenmerken betrokken van organisaties die deel uitmaken van het opleidingsnetwerk. Door het bestuderen van de structuur van de opleidingsorganisatie en de jaarverslagen van het Centraal College en de Specialisten Registratie Commissie zijn de desbetreffende organisaties opgespoord. In het onderzoek is de aandacht gericht op kenmerken van de

structuur en het beleid van deze organisaties, voor zover relevant voor de opleiding tot medisch specialist.

Deze begrenzing van de bestudering van de omgevingskenmerken betekent overigens niet, dat de algemene omgevingskenmerken zonder meer buiten het onderzoek blijven. Dergelijke kenmerken komen tot uitdrukking in de structuur en het beleid van de participanten in het interorganisationele netwerk. Als de algemene kenmerken veranderen, zal dat op zeker moment leiden tot duurzame veranderingen in de structuur en het beleid van de organisaties in het opleidingsnetwerk. In die gevallen zijn ze in het onderzoek betrokken.

De aangebrachte begrenzingen betekenen dat de lezer geen uitputtende beschouwing mag verwachten van alle omgevingskenmerken waarop het huidige beleid is afgestemd en waar nieuw beleid rekening mee moet houden. Evenmin wordt een uitputtende beschrijving van alle oorspronkelijke en aktuele diskrepancies nagestreefd. De aandacht wordt gericht op de diskrepancies die ten tijde van het onderzoek aanleiding gaven tot door de COS aangegeven opleidingsvraagstukken. De omgevingskenmerken (en de daarin opgetreden veranderingen) worden onderzocht voor zover ze de diskrepancies (mede) veroorzaken.

Tenslotte moet nog de aandacht worden gevestigd op het feit dat de structuur van de opleidingsorganisatie buiten het onderzoek is gehouden. In het algemeen mag in een kontekst-evaluatie niet worden uitgesloten dat de structuur van de betrokken organisatie als zodanig afstemmingsvraagstukken oproept. Het buiten beschouwing laten van de structuur in het onderzoek is gebaseerd op een beslissing van de COS. De achtergrond van deze beslissing is de moeizame wordingsgeschiedenis van de huidige structuur van de opleidingsorganisatie. In 1956 bracht een staatskommissie, onder voorzitterschap van dr. J.J. Brutel de la Rivière, een rapport uit waarin werd voorgesteld de erkenning en registratie in handen te leggen van een buiten de KNMG staande stichting (Van der Mij, 1982). Eerder, in 1954 leek het er op dat het KNMG-hoofdbestuur in overgrote meerderheid met dit idee akkoord zou gaan. Maar bij de bespreking van het voorlopig rapport in oktober 1955 bleek de weerstand binnen het hoofdbestuur gegroeid. Een en ander mondde in 1956 uit in een afwijzend standpunt. Dit bracht "grote ontstemming teweeg bij de staatskommissie, in het bijzonder bij haar voorzitter Brutel de la Rivière, erelid van de Maatschappij (in een later stadium - 1959 - bedankte Brutel voor het

lidmaatschap) en bij de overheid" (Festen, 1974:545). In de daarop volgende jaren ontstonden volgens Festen grote interne spanningen in het hoofdbestuur en tussen leden van dit bestuur en het sekretariaat.

In 1960 werd alsnog overeenstemming bereikt met de overheid, waarbij de Maatschappij "wel belangrijke onderdelen van haar aanvankelijk ingenomen standpunt moest loslaten", aldus Festen (1974:547) die zijn beschrijving besluit met de opmerking: "een belangrijke en bewogen episode uit de geschiedenis van de Maatschappij was hiermee afgesloten".

In het onderzoek komt de organisatiestructuur alleen aan de orde als randvoorwaarde. Bij het uitwerken van beleidsvoorstellen is wel nagegaan welke aanpassingen van de structuur eventueel nodig zijn*).

3.7 Taakverdeling in het onderzoek

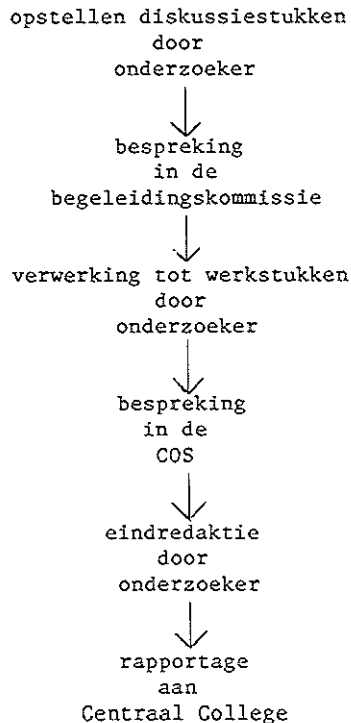
In hoofdstuk een is uiteengezet dat de leden van de COS op een zeker moment moesten kiezen tussen het gezamenlijk uitvoeren van het evaluatie-onderzoek en het uitbesteden van het leeuwendeel van de werkzaamheden aan een speciaal aan te stellen onderzoeker. Zoals gezegd werd voor het laatste gekozen, waarbij het onderzoek werd opgedragen aan het commissielid, afkomstig uit de eerder genoemde vakgroep onderwijs-research van de faculteit der geneeskunde te Rotterdam. Voor de inhoudelijke begeleiding van de werkzaamheden werd uit het midden van de COS een begeleidingskommissie samengesteld. In deze commissie werd prof. drs. C.F. van der Klauw opgenomen, die als voorzitter van de vakgroep onderwijs-research de wetenschappelijke begeleiding van het onderzoek verzorgde.

Aangezien de commissie het onderzoek niet volledig wenste over te dragen, moest er een taakverdeling tussen de onderzoeker en de COS komen. Bij het begin van het onderzoek werd overeengekomen dat de onderzoeker regelmatig over de voortgang van het onderzoek aan de commissie zou rapporteren. Deze afspraak kreeg in de loop van het onderzoek als volgt nader vorm. De onderzoeker legde zijn bevindingen en plannen vast in discussiestukken die met de begeleidingskommissie werden besproken. Op basis van die besprekingen schreef hij werkstukken, die aan de COS werden voorgelegd. De discussie in de COS kon aanleiding zijn tot nadere wijzigingen in de

*) Het Voorontwerp Wet op de Beroepen in de individuele Gezondheidszorg voorziet eveneens in wijzigingen van de huidige structuur. Met name worden de bevoegdheden van de overheid versterkt.

tekst, die vervolgens aan het Centraal College werd toegezonden (zie schema 3.2).

Schema 3.2: Taakverdeling in het kader van het evaluatie-onderzoek



In de bijeenkomsten met de begeleidingskommissie werd de door de onderzoeker gemaakte selectie van de criteria en maatstaven besproken. Tevens kwam de vraag aan de orde of de verzamelde onderzoekgegevens toereikend waren en of de probleemanalyse consistent en aanvaardbaar was. Ook werd de formulering van de voorstellen doorgesproken, alsmede de vraag of de voorstellen voldoende waren toegelicht.

Deze bijeenkomsten leidden niet tot het terugnemen van door de onderzoeker voorgestelde criteria en maatstaven. Ze leidden wel tot het verzamelen van aanvullende gegevens. In enkele gevallen onderging in het verlengde daarvan ook de probleemanalyse een wijziging. De begeleidingskommissie heeft de onderzoeker steeds gevolgd in de door hem aangedragen probleemanalyse. Wel onderging de bewoording van enige voorstellen een wijziging,

in het licht van een nadere bespreking van de eventuele gevolgen van het voorstel of de voorwaarden om het voorstel te realiseren. of de voorwaarden om het voorstel te realiseren. De besprekingen in de COS, De besprekingen in de COS, ten slotte, droegen het karakter van een marginale toetsing van de voorgelegde stukken en leidden als zodanig slechts nog tot redactionele wijzigingen.

Zowel voor de besprekingen in de COS als in de begeleidingskommissie gold de ongeschreven regel dat de onderzoeker na afloop de uiteindelijke tekst opstelde. Deze werd dan niet meer besproken in de desbetreffende kring. Deze taakverdeling legde derhalve de uiteindelijke verantwoordelijkheid voor de inhoud van de rapportages bij de onderzoeker. Er moet echter nadrukkelijk op worden gewezen dat deze operationalisering van de taakverdeling niet vooraf is vastgelegd, maar zich in de loop van het onderzoek als zodanig heeft ontwikkeld. De eindverantwoordelijkheid van de onderzoeker voor de inhoud van de rapportages kan dan ook worden geïnterpreteerd als het resultaat van een tijdens het onderzoek opgebouwde vertrouwensrelatie tussen de onderzoeker en de overige leden van de COS.

3.8 De onderzoekopzet als evaluatiestrategie

In hoofdstuk twee zijn een aantal kernproblemen van evaluatie-onderzoek besproken, alsmede de oplossingen die in zes verschillende evaluatiestrategieën voor die problemen worden geboden. Daarbij is er op gewezen dat de theorievorming over evaluatie-onderzoek onvoldoende is gevorderd om zonder meer op basis van de kenmerken van een onderzoeksvraag en de setting waarin het onderzoek dient plaats te vinden een selectie te maken uit de beschikbare strategieën, teneinde binnen de gekozen strategie de onderzoekopzet te ontwikkelen. In de praktijk zullen in een onderzoekopzet elementen uit de verschillende strategieën moeten worden samengebracht die worden gekozen op grond van de specifieke omstandigheden waarbinnen de onderzoeker moet werken.

In het onderhavige geval moest de onderzoeker bij het uitwerken van de onderzoekopzet onder meer rekening houden met omstandigheden die voortvloeien uit de voorgeschiedenis van het onderzoek en de binnen de opleidingsorganisatie gangbare wijze van beleidsvoorbereiding. Een van de omstandigheden was dat de onderzoeker bij het aanvaarden van zijn werkzaamheden te maken had met een doelgroep die (indirekt) een

duidelijke invloed op de opzet en het verloop van de werkzaamheden wenste uit te oefenen.

In paragraaf 3.1 is uiteengezet dat het Centraal College en de diverse organisaties in het opleidingsnetwerk als doelgroepen voor het onderzoek zijn genomen. De traditie van de informele strategie van kollegiale beoordeling binnen de opleidingsorganisatie brengt met zich mee dat studiekommissies van het Centraal College worden samengesteld uit vooraanstaande leden van de organisaties in het opleidingsnetwerk. Het hangt dan van de opdracht aan zo'n commissie af uit welke organisaties de leden zullen worden gerekruteerd. De opdracht aan de COS was uitermate breed en dat weerspiegelde zich in de samenstelling van de commissie. De leden waren uit een grote verscheidenheid aan organisaties binnen het opleidingsnetwerk afkomstig. Om die reden kan de commissie als representant van het opleidingsnetwerk worden beschouwd, als het erom gaat zicht te krijgen op de dominante waarden die binnen dat netwerk aanwezig zijn*).

Een doelgroep heeft niet in alle in hoofdstuk twee besproken strategieën evenveel invloed op de opzet en het verloop van een evaluatie-onderzoek. In het konsument-gerichte onderzoek en de connoisseur-based studie is zo'n invloed zelfs geheel afwezig. In de onderwijs-beleidsstudie formuleert (een deel van) de doelgroep de te onderzoeken beleidsalternatieven en oefent langs deze weg invloed op de onderzoekopzet uit. In het beslissings-gerichte onderzoek heeft de doelgroep een soortgelijke invloed, terwijl bovendien de in het onderzoek te betrekken maatstaven van haar afkomstig zijn. In de kollegiale strategie geeft de doelgroep de grote lijn van de onderzoekopzet aan. En in elk van deze drie strategieën geldt dat de invloed tot uitdrukking komt in de beginfase van het onderzoek, waarin de onderzoekopzet wordt vastgelegd. In de hiervoor besproken onderzoekopzet is de invloed van de doelgroep op het onderzoek indirect, nl. via de COS. Maar tegelijkertijd heeft ze betrekking op alle belangrijke elementen van de onderzoekopzet. Om te beginnen heeft de opdracht van het Centraal College aan de Cos, alsmede

*) Zie voor de samenstelling van de commissie bijlage 1.
Er ontbrak een representant van één sektor binnen het netwerk. De commissie had geen leden, afkomstig uit de leiding van de instellingen voor de intra-murale zorg.

de interpretatie die de kommissie daaraan heeft gegeven, het doel van het onderzoek bepaald. Evenals in de onderwijs-beleidsstudie en het beslissingsgerichte onderzoek gebruikelijk is heeft de onderzoeker hier uitsluitend bijgedragen tot het verhelderen van de onderzoeksvraag. Voorts heeft de doelgroep (ook nu weer indirekt via de COS) invloed gehad op de selektie van de in het onderzoek gebruikte kriteria en maatstaven, op de probleemanalyse en de wijze van formulering en toelichting van de voorstellen tot beleidswijzigingen. In paragraaf 3.7 zijn de inhoud en procedure van deze invloedsuitoefening nader toegelicht. Het komt erop neer dat de doelgroep met name invloed uitoefende door de onderzoeker te wijzen op onvolledigheden in zijn gegevens en inkonsistenties in zijn analyses.

Een soortgelijke samenwerking tussen onderzoeker en doelgroep vindt men in de cliënt-gerichte strategie. De onderzoeker is hier belast met het verzamelen, bewerken en analyseren van gegevens. De onderzoeksresultaten worden tussentijds aan de doelgroep voorgelegd, waarna de onderzoeker de onderzoekopzet bijstelt op basis van de (in bijeenkomsten waaraan hijzelf deelneemt) verkregen reakties.

In de literatuur over de cliënt-gerichte strategie wordt in het midden gelaten of de doelgroep een wijziging van de onderzoekopzet aan de onderzoeker kan opleggen. Maar het is duidelijk dat dit in elk geval niet toelaatbaar is als zo'n opdracht aan de onderzoeker bedoeld is om zich ervan te verzekeren dat het onderzoek bepaalde, door de doelgroep gewenste, resultaten gaat opleveren. Wanneer dit de motivatie is van een wijzigingsopdracht, onttaardt het onderzoek in wat in hoofdstuk twee is aangeduid als kwasi-evaluatie.

In het onderhavige onderzoek is noch door de COS noch door de begeleidingskommissie op enigerlei moment of wijze gepoogd het onderzoek in de richting van vooropgezette uitkomsten te leiden. Mogelijkheden daartoe werden met name beperkt doordat de begeleidingskommissie in haar bijeenkomsten met de onderzoeker een besluitvormingsprocedure volgde die in paragraaf 2.9 is aangeduid als "kollegiaal overleg". Zoals in dat hoofdstuk is uiteengezet, worden onder zo'n procedure beslissingen bereikt doordat de deelnemers elkaar met kracht van argumenten van een bepaalde stellingname weten te overtuigen.

Een tweede omstandigheid waarmee bij de opzet van het onderzoek rekening moest worden gehouden, was de dubbele onderzoeksdoelstelling die voort-

vloeide uit de opdracht van het Centraal College aan de COS. De onderwijs-beleidsstudie, het beslissings-gerichte onderzoek en het konsument-gerichte onderzoek zijn bedoeld om keuzemogelijkheden voor de oplossing van gegeven problemen te beoordelen. Het onderzoek strekt zich niet uit tot het (her)formuleren van die problemen. De overige strategieën omvatten meer. Zij houden zich zowel bezig met de probleemformulering als met het vinden en beoordelen van oplossingsmogelijkheden.

In het onderhavige onderzoek moest de evaluator uitgaan van een onderzoeksvraag die zowel betrekking had op het beoordelen van problemen rond de opleiding tot medisch specialist als het beoordelen van oplossingen. Er is dan ook een onderzoekopzet gemaakt die beide aspecten van de doelstelling omvat. Het onderzoek naar de problemen is echter uitvoeriger geweest dan dat naar de oplossingen. Dit is een bewuste keuze geweest onder druk van de beperkte tijd en middelen die voor het onderzoek beschikbaar waren. Deze keuze is bovendien gemaakt in het licht van een derde omstandigheid waarmee bij de opzet van het onderzoek rekening moest worden gehouden.

Bij het opzetten van het onderzoek was duidelijk dat niet mocht worden verwacht dat het Centraal College de te ontwikkelen voorstellen zonder meer zou overnemen. In de eerste plaats heeft elke onderzoekopzet beperkingen, er blijven onvermijdelijk bepaalde - voor de besluitvorming relevante overwegingen - buiten beschouwing. Als gevolg daarvan zal in de besluitvorming van het Centraal College altijd een grotere variatie aan overwegingen worden betrokken dan in een onderzoek tot z'n recht komt. In de tweede plaats was duidelijk dat de besluitvorming van het Centraal College niet veel eerder dan drie tot vier jaar na de start van het onderzoek op gang zou kunnen komen. Door dit tijdsverloop zouden ongetwijfeld nieuwe omstandigheden ontstaan, die onvermijdelijk buiten het onderzoek moesten blijven, maar wel van invloed zouden zijn op de besluitvorming. In de derde plaats was duidelijk dat de besluitvorming in het Centraal College sterk beïnvloed wordt door de verschillende organisaties in het opleidingsnetwerk. Om die reden kon niet worden verwacht dat voorstellen zonder meer overgenomen zouden worden, ook al hadden ze de instemming van individuele leden van het College. Deze omstandigheden in aanmerking genomen, was het niet realistisch te streven naar een al te directe en konkrete beïnvloeding van de inhoud van de besluitvorming door het Centraal College. Het leek meer realistisch

er naar te streven het gehele opleidingsnetwerk, inclusief het College, een zo helder mogelijk beeld te geven van de belangrijkste opleidingsvraagstukken en van de richting waarin konkrete beleidsmaatregelen zouden moeten worden gezocht.

Zo'n streven komt het dichtste bij de visie die in de connoisseur-based studie wordt aangetroffen ten aanzien van de relatie onderzoek-besluitvorming. Terwijl in de kollegiale beoordeling het onderzoek de besluitvorming sterk domineert en in de cliënt-gerichte strategie de besluitvorming en het onderzoek in hoge mate vervlochten zijn, streeft de connoisseur-based studie primair naar een betere perceptie door de doelgroep van de aanwezige problemen en mogelijk oplossingen. De winst daarvan is dat de betrokkenen elk voor zich met meer kennis van de aard van de problemen en van de mogelijke oplossingen aan de besluitvorming kunnen deelnemen. Het is deze winst die met het onderhavige onderzoek is beoogd en die er toe leidde, naast een uitgebreide probleemanalyse slechts hoofdlijnen van mogelijke oplossingen aan te bieden.

Ter afsluiting kunnen nog enige opmerkingen worden gemaakt over de wijze, waarop aanvaarding van de resultaten van het onderzoek is nagestreefd. Bij het uitwerken van dit aspect van de onderzoekopzet is voor een deel uitgegaan van de omstandigheid dat binnen het opleidingsnetwerk de aanvaarding van voorstellen mede afhankelijk is van het prestige van degene die de voorstellen doet. Dit was op zich voldoende reden om er naar te streven dat het eindrapport van het onderzoek zou worden gepresenteerd als een door alle leden van de COS gedragen werkstuk. De taakverdeling tussen de onderzoeker en de overige kommissieleden leidde bovendien tot een samenwerking die zo'n gezamenlijke presentatie vanzelfsprekend maakte. Het eindrapport van het onderzoek was derhalve een rapport van de COS, waaraan namen van invloedrijke personen in het opleidingsnetwerk waren verbonden. De gezamenlijke presentatie beperkte zich overigens niet tot een formele vermelding van de samenstelling van de COS in de inleiding van het eindrapport. Halverwege en na afloop van het onderzoek belegde het Centraal College bijeenkomsten, waarin de voortgang en resultaten van het onderzoek in bijzijn van de leden van de COS werden besproken.

De hier geschetste wijze van aanvaardbaar maken van de onderzoeksresultaten met behulp van het prestige van kommissieleden is terug te vinden in de strategie van de kollegiale beoordeling en de connoisseur-based

studie. De aanvaarding is echter ook nog op geheel andere wijze nagestreefd. Bij het opzetten van het onderzoek is in aanmerking genomen dat binnen het opleidingsnetwerk vrijwel uitsluitend academisch gevormde personen te vinden zijn. Aanvaarding van voorstellen wordt dan bevorderd door een wetenschappelijke verantwoording van de onderzoekopzet en de gevolgde werkwijze, op de wijze waarop dat met name in de (onderwijs-) beleidsstudie en het beslissingsgericht onderzoek gebeurt.

In het onderhavige onderzoek heeft de wetenschappelijke verantwoording in de eerste plaats gestalte gekregen in een rapport, waarin een onderzoekopzet werd gepresenteerd (De Roo, 1979). Dit rapport is via de COS aan het Centraal College aangeboden. In de tweede plaats is in het eindrapport een verantwoording van de onderzoekopzet opgenomen. Beide wijzen van verantwoording hebben echter hun beperkingen. Het voorstel voor de onderzoeksopzet was summier en in het eindrapport was slechts beperkte ruimte voor een wetenschappelijke verantwoording. Voorts kon met beide rapporten slechts een deel van de sekundaire doelgroep, bestaande uit de personen en groepen in het opleidingsnetwerk, worden bereikt. Dit proefschrift kan dan ook worden beschouwd als een poging, deze beperkingen op te heffen door alle belanghebbenden bij de opleiding tot medisch specialist een meer uitgebreide wetenschappelijke verantwoording aan te bieden.

4. HET BELEID VAN HET CENTRAAL COLLEGE

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt het objekt van het evaluatie-onderzoek, het beleid van het Centraal College aangaande de opleiding tot medisch specialist, naar inhoud en structuur beschreven en geanalyseerd. In paragraaf 3.2 is aangegeven dat in dit onderzoek onder beleid een plan wordt verstaan waarin zowel doeleinden zijn vastgelegd als instrumenten (middelen) die zullen worden aangewend om die doeleinden te bereiken.

Het beleid van het Centraal College is formeel vastgelegd in besluiten, beschouwingen en reglementen die zijn opgenomen in de handleiding "Erkenning en Registratie van Medische Specialisten". De beschrijving in dit hoofdstuk is gebaseerd op de inhoud van de in 1981 door de KNMG gepubliceerde handleiding. Tevens zijn, teneinde tot een juiste interpretatie van deze handleiding te komen, diverse publikaties geraadpleegd die informatie boden over de voorgeschiedenis van het opleidingsbeleid. Een overzicht van het geraadpleegde materiaal is gegeven in paragraaf 3.7. In dit hoofdstuk worden de doeleinden van het opleidingsbeleid nader onderscheiden in algemene en specifieke doelen. Onder de algemene doelen vallen de omschrijvingen waarin globaal is vastgelegd welk aanbod van opleidingen wordt nagestreefd. Deze doelen kunnen nader worden onderscheiden in drie categorieën:

- a) doelen die in algemene termen vastleggen voor welke onderdelen van de geneeskunde opleidingen worden aangeboden. Deze doelen worden door het Centraal College vastgelegd in beslissingen, waarbij deze onderdelen formeel erkend worden als specialisme;
- b) doelen die in algemene termen vastleggen wat het eindniveau van de opleidingen zal moeten zijn.
- b) doelen die in algemene termen vastleggen hoe de opleidingen moeten worden ingericht;

De algemene doelen van het opleidingsbeleid worden in de paragrafen 4.2 en 4.3 besproken. Hun uitwerking in specifieke doelen komt aan de orde in paragraaf 4.4. De specifieke doelen worden binnen het opleidings-netwerk aangeduid met de term "opleidingseisen". Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen eisen aan de opleiders, eisen aan de opleidingsinrichtingen en eisen aan de opleiding. In de analyse is dit onderscheid aangehouden. De eisen aan de opleiding zijn - een in de

kurrikulumtheorie (Wheeler, 1973; Stenhouse, 1976) gangbaar onderscheid volgend - nader onderverdeeld in eisen aan de programma-inhoud, aan de didaktische werkvormen, aan de programma-opbouw (de ordening van de programma-onderdelen) en aan de beoordeling van opleidingseffekten. Het Centraal College hanteert twee instrumenten om te verzekeren dat de feitelijke opleidingsactiviteiten in overeenstemming zijn met de beleidsdoelen. Deze instrumenten zijn de visitatie en de jaarlijkse evaluatie van de gang van zaken op een opleidingsafdeling door de de betrokken opleider, diens medewerkers en de assistent-geneeskundigen*). Ze worden besproken in paragraaf 4.5. Samen met de verschillende typen doelen zijn ze op de volgende bladzijde in schema 4.1 weergegeven.

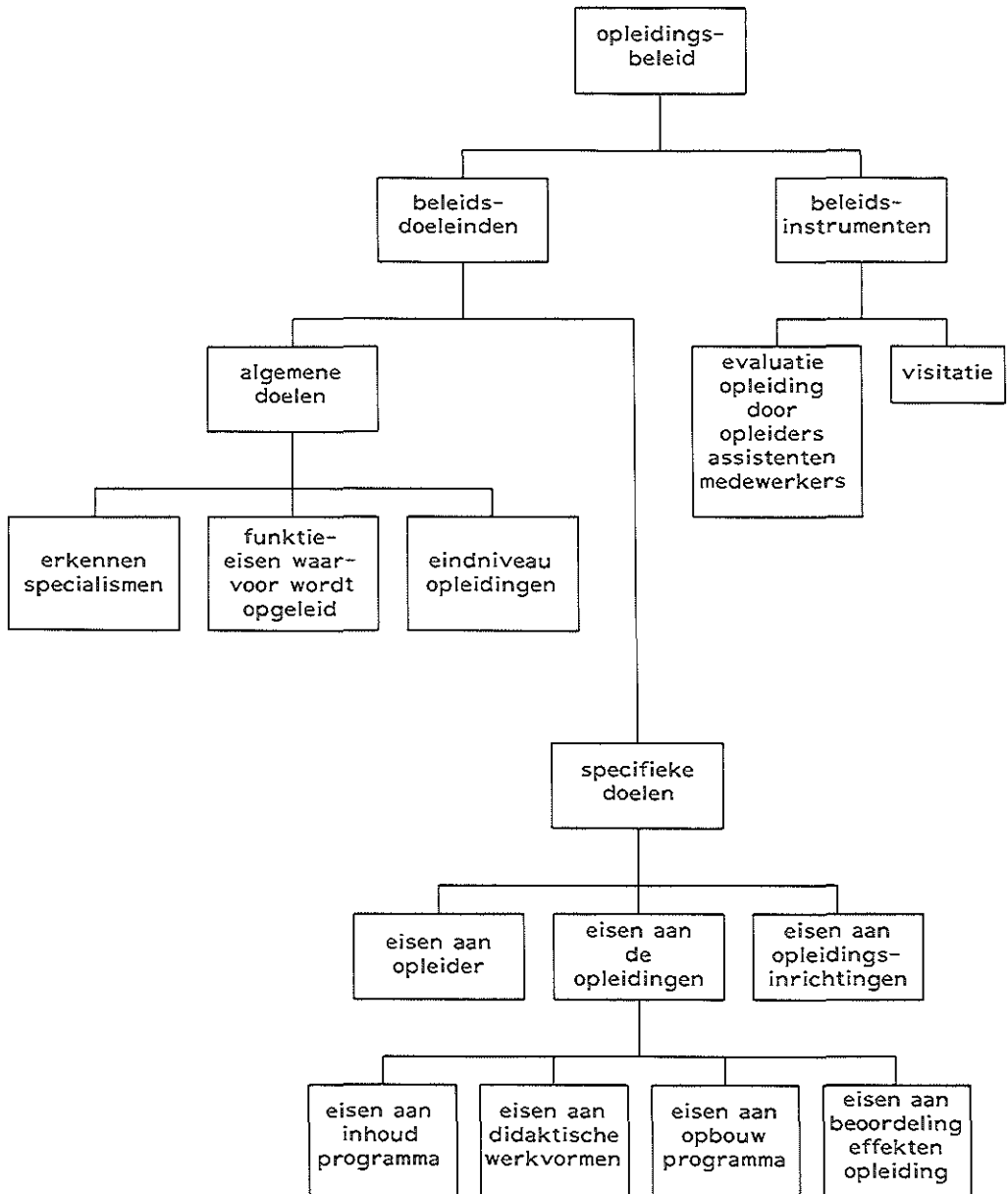
4.2 Het aanbod van opleidingen

Specialisatie is een vorm van arbeidsverdeling. De organisatietheorie leert dat er verschillende motieven zijn om tot specialisatie over te gaan. Soms zijn deze van economische aard. Specialisatie vindt dan plaats om tot kostenbesparing te komen door een betere benutting van beschikbare mensen en middelen. Een ander motief is inhoudelijk van aard. Specialisatie biedt mogelijkheden om op een beperkt terrein bijzondere kennis en vaardigheden te verwerven waarmee de kwaliteit van de werkzaamheden kan worden verhoogd (Keuning en Eppink, 1982). In de geneeskunde is dit laatste van doorslaggevend belang. De medisch specialist ontleent zijn bestaansrecht aan het feit dat hij op een bepaald terrein over meer know-how beschikt dan degene die naar hem doorverwijst of hem konsulteert. Deze know-how kan hij verwerven door het volgen van een opleiding of door praktische ervaring en bijscholing. Een van de taken van het Centraal College is het erkennen van onderdelen van de geneeskunde als specialisme. Een besluit tot erkenning heeft grote praktische gevolgen. Ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars betalen verrichtingen op het betrokken gebied slechts voor medici die voor het betrokken specialisme ingeschreven staan in een door de Specialisten Registratie Commissie beheerd register. In zo'n register kan men pas worden ingeschreven, nadat men een opleiding heeft voltooid die voldoet

*) Waar gesproken wordt over assistenten of assistent-geneeskundigen wordt hier de assistent-geneeskundige-in-opleiding bedoeld.

SCHEMA 4.1:

DE KOMPONENTEN VAN HET OPLEIDINGSBELEID VAN HET CENTRAAL COLLEGE



aan door het Centraal College gestelde eisen. Met het erkennen van specialismen regelt het Centraal College dus de verscheidenheid in het aanbod van opleidingen.

In de dagelijkse uitoefening van de geneeskunde leggen specialisten zich toe op een groot aantal deelgebieden. Alleen al in de richtlijn 75/363/EEG, die de vrije vestiging van medische specialisten in de EEG regelt, worden er 41 met name genoemd. In Nederland waren er eind 1984 achtentwintig onderdelen van de geneeskunde door het Centraal College als specialisme erkend. Deze onderdelen zijn:

- | | |
|--------------------------------|--------------------------------|
| 1. Allergologie | 15. Neurochirurgie |
| 2. Anesthesiologie | 16. Neurologie |
| 3. Cardiologie | 17. Nucleaire Geneeskunde |
| 4. Cardio-Pulmonale Chirurgie | 18. Oogheelkunde |
| 5. Dermatologie | 19. Orthopedie |
| 6. Gastro-enterologie | 20. Pathologische Anatomie |
| 7. Heelkunde | 21. Plastische Chirurgie |
| 8. Inwendige Geneeskunde | 22. Psychiatrie |
| 9. Klinische Geriatrie | 23. Radiodiagnostiek |
| 10. KNO-Heelkunde | 24. Radiotherapie |
| 11. Kindergeneeskunde | 25. Reumatologie |
| 12. Klinische Chemie | 26. Revalidatie |
| 13. Longziekten en Tuberculose | 27. Urologie |
| 14. Medische Microbiologie | 28. Verloskunde & Gynaecologie |

Toen in 1932 tot specialistenregistratie werd overgegaan, werd een twintigtal specialismen officieel erkend. Dit aantal weerspiegelde min of meer de arbeidsverdeling die op dat moment in de specialistische beroepsbeoefening aanwezig was. In de daarop volgende jaren is het aantal erkende specialismen geleidelijk toegenomen. Tussen 1961 en 1984 zijn er door het Centraal College tien nieuwe specialismen erkend:

- in 1971 werden de specialismen neurologie en psychiatrie erkend, waarbij het specialisme zenuw- en zielsziekten gehandhaafd bleef*);
- in 1971 werden de specialismen radiodiagnostiek en radiotherapie erkend, terwijl het specialisme radiologie bleef bestaan*).

*) De registers voor radiologie en die voor zenuw- en zielsziekten zijn in 1984 gesloten.

- in 1973 werd de cardio-pulmonale chirurgie als specialisme erkend;
- het specialisme laboratoriumonderzoek kende oorspronkelijk drie "hoofdvakken" die naderhand als afzonderlijke specialismen zijn erkend: pathologische anatomie (1976), klinische chemie (1977) en medische microbiologie (1978);
- in 1982 werd de klinische geriatrie als specialisme erkend;
- in 1983 werd de nucleaire geneeskunde als specialisme erkend.

In de periode 1961-1979 werden aanvragen voor erkenning van o.a. bio-medisch onderzoek (1964), de klinische cytologie (1966), de sexuologie (1966) en de foniatrie (1971) afgewezen*).

Het Centraal College neemt niet alleen beslissingen over het erkennen van nieuwe specialismen. Het houdt zich ook bezig met de vraag in hoeverre bestaande specialismen gehandhaafd dienen te blijven. In 1963 werd besloten de inschrijving voor het specialisme mondziekten te sluiten. In 1973 besloot het College, op grond van een rapport van de Studiecommissie Revalidatie, de inschrijving voor dit specialisme open te houden. Aangaande de gastro-enterologie werd, met het oog op mogelijke integratie in de opleiding algemene interne geneeskunde**), in 1973 besloten de structuur van de opleiding de komende vijf jaar opnieuw in studie te nemen.

4.3 Eindniveau en inrichting van de opleidingen

Terwijl het aantal opleidingen in de loop der jaren door erkenning van nieuwe specialismen is vergroot, is het beoogde eindniveau van de opleiding tot medisch specialist door de jaren heen ongewijzigd gebleven. Het beleid is er op gericht de assistent-geneeskundige zodanig op te leiden dat hij aan het einde van zijn opleidingsperiode "geschikt en in staat is het specialisme waarvoor hij is opgeleid zelfstandig naar behoren uit te oefenen" (KNMG 1981:91).

Over de inrichting van de opleidingen zijn in het beleid algemene doelen

*) Een aanvraag voor erkenning van klinische genetica was in 1985 in behandeling genomen.

**) Bovendien staat het voortbestaan van de allergologie als zelfstandig specialisme ter discussie (jaarverslag Centraal College 1983).

geformuleerd ten aanzien van:

- a) de inhoud van de opleidingen;
- b) de didaktische werkvormen in de opleidingen;
- c) de beoordeling van opleidingseffekten.

ad a): Inhoud

Ten aanzien van de inhoud van de opleiding worden drie doelen onderscheiden:

- verwerving van kennis en ervaring: "de jongere collegae scholen tot specialisten die op verantwoorde wijze hun praktijk kunnen voeren" (KNMG 1981:67);
- wetenschappelijke vorming: "de ontwikkeling van de wetenschappelijke achtergrond van hun specialisme kunnen bijhouden" (KNMG 1981:67);
- persoonlijkheidsontwikkeling: "het gedrag van de assistent, niet alleen ten opzichte van de patiënt en collegae, maar ook ten opzichte van de verplegenden en andere medewerkers binnen en buiten de kliniek, dient de volle aandacht te hebben" (KNMG 1981:68-69).

De verwerving van kennis en ervaring dient niet uitsluitend betrekking te hebben op de somatische kanten van de geneeskunde. Ze zal zich ook moeten uitstrekken tot "psycho-sociale, sociologische, pedagogische en kulturaspekten van het mens-zijn voor zover deze een rol kunnen spelen bij het ziek worden, genezen en voorkomen van ziekten" (KNMG 1981:69-70).

ad b): Werkvormen

Als belangrijkste werkvorm wordt de praktijkopleiding genoemd, waarin het handelen van de assistent "onafgebroken onder supervisie van zijn leermeester dient te staan" (KNMG 1981:68). Deze "leermeester-gezel relatie" (Van Nieuwenhuizen, 1968) wordt als volgt nader gekenschetst (KNMG 1981:68):

- de opleiders bespreken met hun assistenten gezamenlijk de opgenomen patiënten, waarbij de behandeling vastgesteld en gemotiveerd wordt;
- de opleiders coachen de assistent-geneeskundige door regelmatige controle en wijzen hem de weg voor verdere behandeling;
- de opleiders bespreken met de assistenten het ontslag van de patiënten, waarbij aandacht dient te worden besteed aan het resultaat van de behandeling en de verslaggeving over de behandeling in de status en ontslagbrief.

Naast de praktijkopleiding worden twee andere werkvormen nadrukkelijk vermeld. In de eerste plaats wordt genoemd het weergeven van bestudeerde literatuur in voordrachten en referaten, met het oog "op de vorming van goede leesgewoonten" en als een eerste stap om tot eigen publikaties te komen. Daarnaast wordt het geven van onderwijs door de assistent aan ko-assistenten beschouwd als een activiteit die stimulerend werkt op het vergroten van eigen kennis. Andere werkvormen als theoretisch onderwijs en praktische oefeningen worden niet op voorhand uitgesloten. Gesignaleerd wordt dat "het mogelijk zal zijn delen van de opleiding onder te brengen in korte, intensieve kursussen. Hierbij wordt niet alleen gedacht aan theoretische achtergronden, doch zeker ook aan het opvoeren van handvaardigheid via gerichte training" (KNMG 1981:68)*).

ad c): Beoordeling

Een belangrijk element in de opleiding is de doorlopende feedback van de opleider aan de assistent over diens praktisch handelen. In het verlengde van "regelmatige correcties in het dagelijks contact" (KNMG 1981:69) wordt een periodieke schriftelijke beoordeling door de opleider noodzakelijk geacht. Als eerste functie van deze beoordeling wordt genoemd: "samen (opleider en assistent) na te gaan hoe de vorderingen van de assistent op weg naar zijn specialisme zijn" (KNMG 1981:72). Nauw hiermee verbonden is de tweede functie: die van zelf-selektie door de assistent. In het voorgestane beoordelingssysteem dient de opleider vast te stellen "of de assistent voor zichzelf het gevoel en de overtuiging heeft, dat de opleidingsprocedure succes heeft" (KNMG 1981:72). In deze gedachtengang past ook dat de assistent gevraagd wordt, zich uit te spreken over het door hemzelf ervaren effect van de opleiding in het kader van de jaarlijkse beoordeling van de opleiding.

4.4 De opleidingseisen

De algemene doelen zijn door het Centraal College nader uitgewerkt in specifieke doelen, die worden aangeduid met de term "opleidingseisen". Het College kent eisen aan de opleiders, de opleidingsinrichtingen en

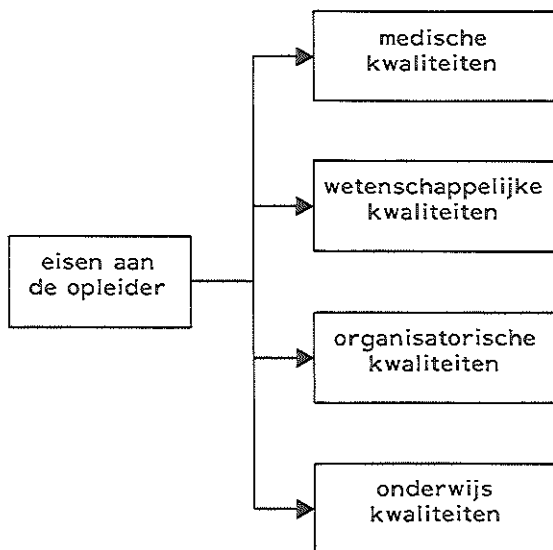
*) De laatste jaren is het theoretisch onderwijs daadwerkelijk in de opleidingseisen terug te vinden. Zie hiervoor o.a. paragraaf 6.8.

de opleidingen. Verder wordt een onderscheid gemaakt tussen de algemene en bijzondere opleidingseisen. Algemene eisen zijn van toepassing op alle specialismen. Bijzondere eisen zijn de aanvullende eisen die per afzonderlijk specialisme worden uitgewerkt. De opleidingseisen worden besproken aan de hand van (sub)categorieën, die in deze paragraaf in zes schema's worden weergegeven.

Het Centraal College stelt om te beginnen eisen aan de opleiders (zie schema 4.2).

SCHEMA 4.2:

KATEGORIEEN VAN EISEN AAN DE OPLEIDER



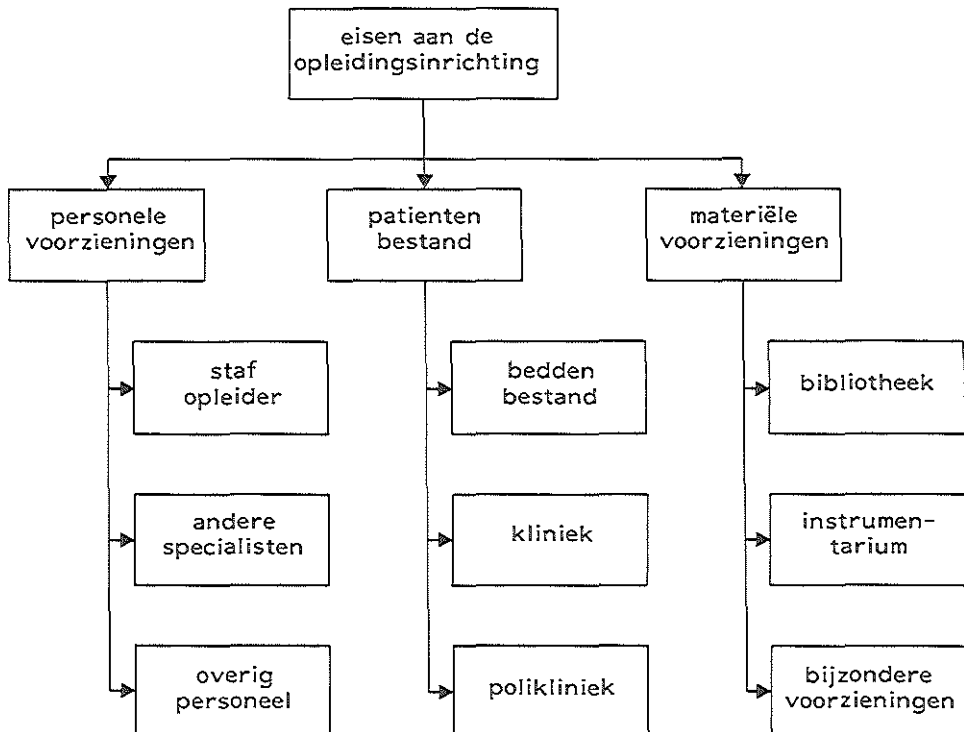
Deze moeten over kwaliteiten beschikken op het gebied van hun specialistische beroepsuitoefening en wetenschappelijke activiteit en interesse tonen. Iemand moet het specialisme ten minste vijf jaar hebben beoefend alvorens als opleider te kunnen worden toegelaten. Bij wetenschappelijke activiteit wordt gedacht aan: het schrijven van een dissertatie en wetenschappelijke artikelen, het houden van voordrachten. Wetenschappelijke belangstelling dient tot uiting te komen in het bijwonen van wetenschappelijke vergaderingen en congressen. De opleider

moet beschikken over didaktische en pedagogische gaven. Ook moet hij blijk geven van organisatorische kwaliteiten (KNMG 1981:95). Voorts dient de opleider hoofd te zijn van een eigen (gesloten) afdeling en moet hij bereid zijn ko-assistenten op te leiden. Er geldt een leeftijdsgrens van 70 jaar.

Het Centraal College stelt verder eisen aan het patiëntenbestand, de materiële toerusting en de personele voorzieningen van de opleidingsinrichting*) (zie schema 4.3). De bijzondere eisen op deze onderdelen

SCHEMA 4.3:

KATEGORIEEN VAN EISEN AAN DE OPLEIDINGSINRICHTING



*) Het hiernavolgende geldt om voor de hand liggende redenen niet geheel voor de laboratoriumspecialismen. Op afwijkingen die deze specialismen betreffen wordt hier niet nader ingegaan.

kennen voor een aantal specialismen een differentiatie naar twee typen opleidingen: de A- en de B-opleiding. Aan een inrichting voor de B-opleiding worden minder zware eisen gesteld. Dit heeft te maken met het feit dat een B-opleiding slechts een beperkt deel van de opleidingsduur mag verzorgen (zie verder paragraaf 5.4). Er worden gekwantificeerde eisen gesteld aan het patiëntenbestand. Deze betreffen het (minimum) aantal poliklinische patiënten en opnamen per jaar, waarbij voor sommige specialismen nadere specificaties worden gegeven - in termen van leeftijdsopbouw, verrichtingen, etc. - van de aard van de patiëntenpopulatie. Voorts wordt een minimum aantal voor de opleiding beschikbare bedden voorgeschreven.

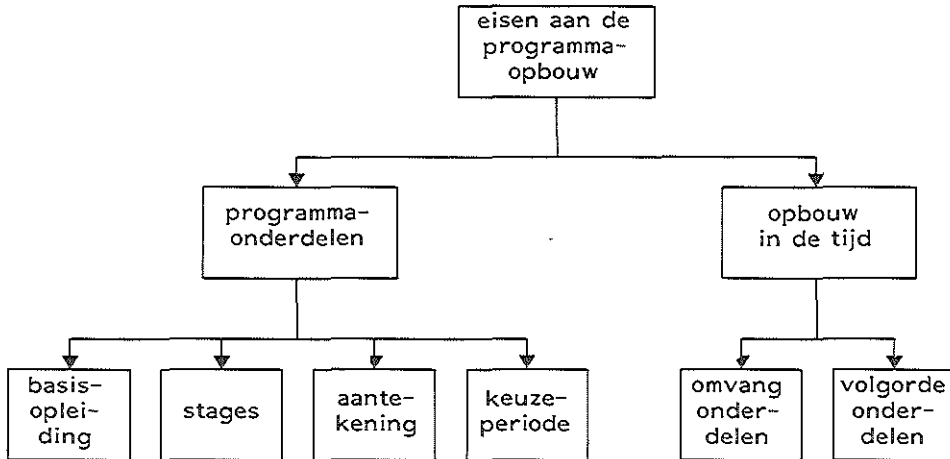
De eisen ten aanzien van de materiële toerusting betreffen voor de meeste specialismen de aanwezigheid van bijzondere voorzieningen (laboratoria, diagnostische afdelingen, operatieve voorzieningen e.d.). Daarnaast worden eisen gesteld aan de inrichting van de bibliotheek. Met name worden hierbij aantallen vaktijdschriften genoemd. Tenslotte is er nog een eis aangaande het medisch instrumentarium.

De algemene eisen aangaande de personele voorzieningen worden in de bijzondere eisen nader uitgewerkt. Daar wordt bepaald dat de opleider ten minste één gespecialiseerd staflid naast zich dient te hebben. Tevens wordt nauwkeurig aangegeven welke andere specialismen of opleidingen in andere specialismen minimaal aan de inrichting verbonden moeten zijn. Voor sommige specialismen bestaan verder eisen aangaande het aantal assistenten per staflid en eisen met betrekking tot niet-medisch personeel.

De eisen aan de opleiding vallen uiteen in vier groepen: eisen aan de programma-opbouw, de inhoud, de didaktische werkvormen en de beoordeling van opleidingseffekten. De eisen aan de programma-opbouw zijn in beeld gebracht in schema 4.4. Voor alle specialismen geldt dat de opleiding full-time moet zijn en in een aaneengesloten periode moet worden doorlopen. De overige bepalingen ten aanzien van de programma-opbouw zijn te vinden in de bijzondere eisen. Er worden hier vier typen programma-onderdelen onderscheiden: de voor- of basisopleiding (het gedeelte van de opleiding in de interne en chirurgische deel-specialismen dat op een afdeling algemene interne geneeskunde respectievelijk heelkunde wordt doorgebracht), de stage, de keuzeperiode en de opleiding voor een aantekening. Voor sommige programma's is de inhoud van de keuzeperiode

SCHEMA 4.4:

KATEGORIEEN VAN EISEN AAN DE PROGRAMMA-OPBOUW



zodanig vastgelegd dat er uitsluitend sprake is van keuze uit een beperkt aantal stages. In andere opleidingen kan de assistent de keuzeperiode naar eigen inzicht - zij het in overleg met de opleider - inrichten.

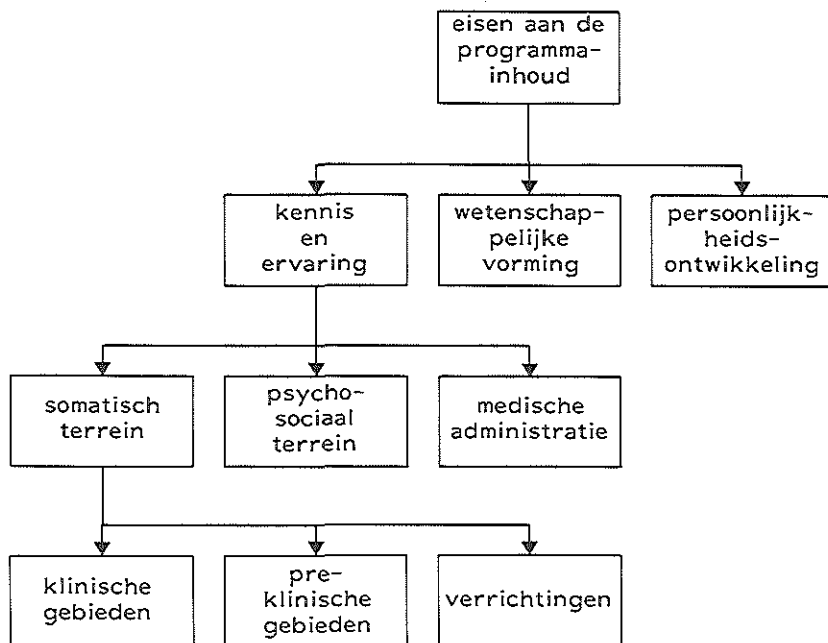
De bijzondere eisen aan de programma-opbouw variëren ook aangaande de volgorde, waarin programma-onderdelen dienen te worden afgewerkt. Sommige specialismen schrijven een uniform programma voor, andere bieden beperkte variatiemogelijkheden. Enkele specialismen laten nadrukkelijk grote mogelijkheden tot aanpassing aan de persoonlijke wensen van de assistent open. Behalve de duur van de opleiding en de volgorde van de programma-onderdelen wordt ook vastgelegd hoe lang de verschillende programma-onderdelen mogen duren. Stages duren drie tot twaalf maanden. De opleiding in een B-inrichting is gebonden aan een maximum van een of twee jaar. In de heelkundige en interne deelspecialismen wordt de basis-opleiding beschouwd als het onderdeel dat in de B-inrichting kan worden doorlopen. De tweede groep eisen aan de opleiding betreft de inhoud (zie schema 4.5). Deze is vastgelegd in bijzondere eisen, overwegend in de zogenaamde "Opleidingsschema's". De volgende methoden zijn in gebruik om de inhoud te

omschrijven:

- leerdoelomschrijvingen;
- omschrijvingen van kennis- en ervaringsgebieden, soms in termen van stage-onderwerpen;
- omschrijving van afdelingen, waar een deel van de opleiding dient te worden gevolgd;
- aanduiding van uit te voeren verrichtingen.

SCHEMA 4.5:

KATEGORIEËN VAN EISEN AAN DE PROGRAMMA-INHOUD



Meestal worden verschillende methoden samen gebruikt, waardoor een meer "dekkende" omschrijving van de beoogde inhoud wordt verkregen dan wanneer een enkele methode wordt gehanteerd. De mate van detaillering in de omschrijving van de kennis en vaardigheden loopt per specialisme sterk uiteen.

De omschrijving van de inhoud heeft in de eerste plaats betrekking op klinisch-somatische onderwerpen. Daarnaast worden in de meeste gevallen ook preklinische onderwerpen genoemd. In enkele gevallen vindt een aparte vermelding plaats van psycho-sociale kennisgebieden of worden de patiënten-registratie en rapportage apart genoemd. Voor alle specialismen is een algemene eis van toepassing aangaande de wetenschappelijke produktie van de assistent in termen van voordrachten en publikaties. Een beperkt aantal specialismen biedt voorts de mogelijkheid een keuzeperiode gedeeltelijk of geheel aan onderzoek te besteden. Het in de algemene eisen omschreven opleidingsdoel met betrekking tot de persoonlijkheidsontwikkeling van de assistent-geneeskundige wordt in de eisen aan de programma-inhoud niet verder uitgewerkt. Het wordt wel uitgewerkt in de hierna te bespreken eisen aan de beoordeling van opleidingseffekten.

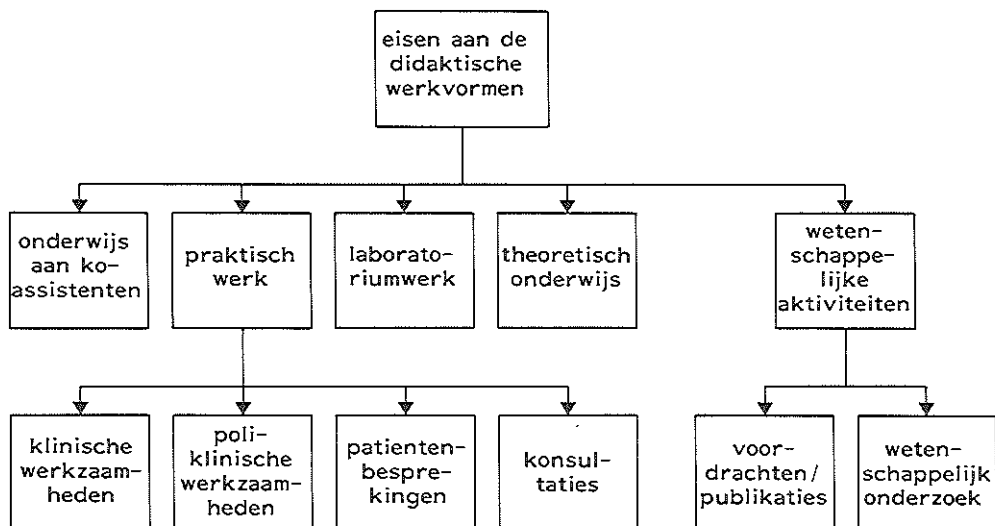
De derde groep eisen aan de opleiding betreft de didaktische werkvormen (schema 4.6). In de bijzondere eisen worden verschillende werkvormen voorgeschreven. De meeste daarvan weerspiegelen de "leermeester-gezel relatie": patiëntenbesprekingen, röntgenbesprekingen, konsultaties, klinisch en poliklinisch werk, etc. De eisen zijn doorgaans globaal geformuleerd ten aanzien van de frekwentie van het gebruik van deze werkvormen (ze moeten "regelmatig plaatsvinden").

Verder dienen de assistenten in de gelegenheid te worden gesteld wetenschappelijke activiteiten te ontplooiën, die uitmonden in ten minste één publikatie of voordracht tijdens de opleidingsperiode. Voor sommige opleidingen wordt de zelfstudie in de eisen vermeld, terwijl in de bijzondere eisen voor een groeiend aantal specialismen theoretisch*) onderwijs wordt vermeld.

*) Binnen de opleidingen wordt doorgaans gesproken van cursorisch onderwijs. Omdat het hier niet altijd om kursussen als zodanig gaat, wordt in het navolgende de ruimere omschrijving "theoretisch onderwijs" gebruikt.

SCHEMA 4.6:

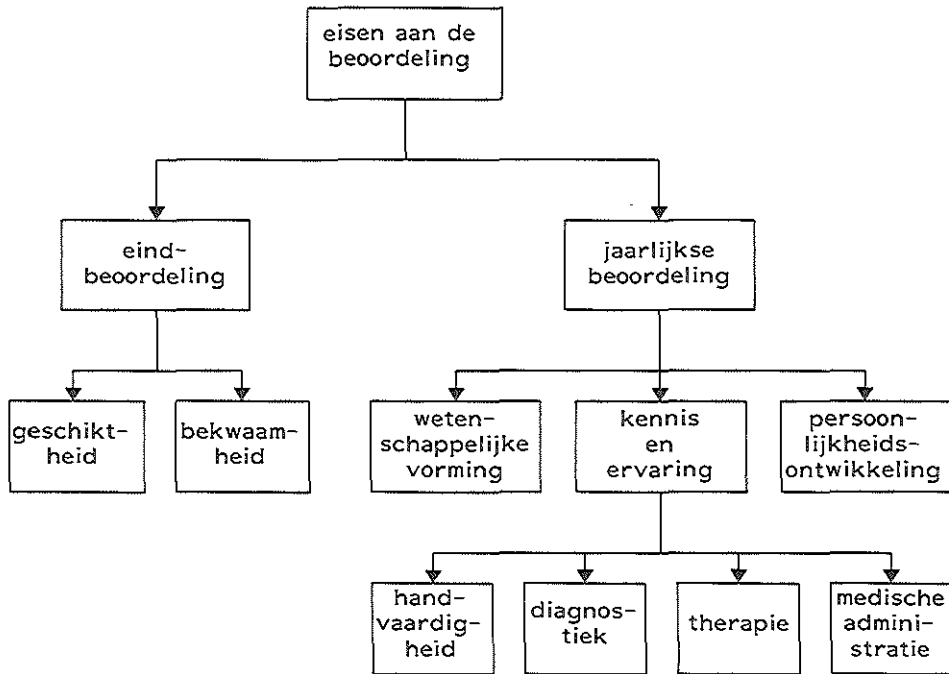
KATEGORIEEN VAN EISEN AAN DE DIDAKTISCHE WERKVORMEN



De vierde en laatste groep eisen aan de opleiding heeft betrekking op de beoordeling van de assistent (zie schema 4.7). Het Centraal College schrijft voor dat aan het einde van het eerste opleidingsjaar een op selectie gerichte beoordeling van de assistent-geneeskundige moet plaatsvinden. (In de chirurgische opleidingen en in bepaalde gevallen ook elders valt dit tijdstip aan het einde van het tweede jaar.) De opleider moet op dat moment bepalen of hij de assistent geschikt en in staat acht de opleiding voort te zetten. Een negatief oordeel kan er toe leiden dat de SRC beslist dat de opleiding niet mag worden voortgezet. Voor latere jaren is in de algemene eisen een jaarlijkse beoordeling voorgeschreven, die bedoeld is om de assistent feedback te geven op zijn vorderingen in de opleiding. Als de beoordeling ongunstig uitvalt, wordt ze aan de SRC toegezonden. In andere gevallen wordt de beoordeling door de opleider in portefeuille gehouden. Na twee ongunstige beoordelingen overlegt de Commissie van Uitvoering van de Specialisten Registratie Commissie eerst met de opleider en praat

SCHEMA 4.7:

KATEGORIEËN EISEN AAN DE BEOORDELING VAN DE
ASSISTENT-GENEESKUNDIGE



daarna met de assistent, teneinde na te gaan of - en zo ja, hoe - voortzetting van de opleiding mogelijk is. Aan het einde van de opleiding dient de opleider vast te stellen of de assistent geschikt en in staat is zijn specialisme zelfstandig naar behoren uit te oefenen. Als de opleider meent dat dit niet het geval is, kan de SRC beslissen dat de opleiding verlengd wordt.

De jaarlijkse beoordeling (ook die aan het einde van het eerste jaar) dient plaats te vinden aan de hand van een formulier, dat de vorm heeft van een checklist (zie bijlage 2). De items van deze checklist hebben betrekking op de persoonlijkheidsontwikkeling (werkhouding en algemene houding), de ontwikkeling van de assistent op diagnostisch en therapeutisch terrein alsmede op het gebied van de administratieve kanten van de praktijkvoering. Ook zijn er items met betrekking tot de wetenschappelijke activiteiten van de assistent. Ze zijn in zeer

algemene termen geformuleerd. De eindbeoordeling vindt plaats in de vorm van een verklaring van de opleider dat hij de assistent geschikt en in staat (bekwaam) acht het specialisme zelfstandig naar behoren uit te oefenen (zie bijlage 3). Er zijn geen eisen ten aanzien van de overwegingen waarop de eindbeoordeling dient te zijn gebaseerd.

4.5 De beleidsinstrumenten

Het Centraal College heeft twee beleidsinstrumenten ontworpen waarmee kan worden nagegaan of de feitelijke opleidingsactiviteiten in overeenstemming zijn met de beleidsdoelen. Het eerste is de visitatie. Onder visitatie wordt een onderzoek verstaan dat een door de SRC aangewezen groep personen (in beginsel opleiders voor hetzelfde specialisme) op een opleidingsafdeling verricht. De groep besteedt een dag aan gesprekken ter plaatse met de opleider, diens staf, de assistenten en de direktie van de inrichting. Doel van de visitatie is na te gaan in hoeverre de opleider, de opleidingsinrichting en het door de opleider uitgevoerde programma aan de gestelde eisen voldoen. Bij het verzamelen van informatie wordt gebruik gemaakt van een door het Centraal College voorgeschreven checklist, het visitatierapport (zie bijlage 4).

Visitatie vindt plaats bij een aanvraag voor erkenning en bij het aflopen van de periode waarvoor erkenning is verleend. De visitatiekommissie rapporteert haar bevindingen aan de SRC. Deze beslist vervolgens over toewijzing of verlenging van een erkenning als opleider of opleidingsinrichting. Soms wordt bij het starten van een nieuwe opleiding na een jaar een nieuwe visitatie uitgevoerd. Deze is dan bedoeld als begeleiding bij het op gang brengen van de opleidingsactiviteiten.

Het tweede beleidsinstrument is de beoordeling van de gang van zaken op een afdeling ten aanzien van het opleidingsproces. Deze beoordeling dient in gezamenlijk overleg tussen de assistent-geneeskundige, de opleider en de stafleden van de opleidingsafdeling te geschieden. Voor dit doel heeft het Centraal College een speciaal beoordelingsformulier ontwikkeld (zie bijlage 5). De beoordeling is bedoeld als middel voor het verbeteren van de opleidingsprocessen op de afdeling. Tevens is ze bedoeld om de assistent-geneeskundige zich te laten bezinnen op de

effekten van diens opleiding. Het is de bedoeling dat de beoordeling jaarlijks plaatsvindt. Het Centraal College heeft dit echter niet verplicht voorgeschreven.

5. DE OPLEIDINGSORGANISATIE

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt nader ingegaan op de kenmerken van wat in hoofdstuk drie is genoemd: "de opleidingsorganisatie". Deze organisatie is in het leven geroepen voor het verzorgen van de opleiding tot medisch specialist. Er wordt begonnen met een schets van de omvang van de opleidingsorganisatie in termen van aantallen opleiders, assistent-geneeskundigen (in opleiding) en opleidingsinrichtingen (paragraaf 5.2). Daarbij wordt ingegaan op de groei die de organisatie op dit punt in de loop der jaren te zien heeft gegeven alsmede de terugloop in de omvang die sedert 1982 waarneembaar is. Ook worden verschillen in omvang zichtbaar gemaakt tussen de opleidingen voor de diverse specialismen. Deze gegevens zijn bedoeld als een algemene achtergrond waartegen de in hoofdstuk zeven en later te presenteren opleidingsproblematiek moet worden geplaatst.

In paragraaf 5.3 wordt een overzicht gegeven van de structuur van de bestuurlijke organisatie van de opleidingen, d.w.z. van de verdeling van taken en bevoegdheden ten aanzien van de voorbereiding, vaststelling en tenuitvoerlegging van beleidsbeslissingen aangaande de opleiding tot medisch specialist. Deze paragraaf dient een tweeledig doel. Naast het verschaffen van achtergrondinformatie maakt hij het mogelijk in paragraaf 5.4 nader in te gaan op de samenstelling van de beleidsorganen in de bestuurlijke organisatie van de opleidingen. Een grote verscheidenheid aan organisaties blijkt dan via een recht op voordracht of benoeming invloed te kunnen uitoefenen op het opleidingsbeleid. Deze organisaties worden vanwege die mogelijkheid tot beïnvloeding gerekend tot wat in hoofdstuk drie is omschreven als "het opleidingsnetwerk".

Het opsporen van de organisaties die tot het opleidingsnetwerk behoren, geschiedt ter voorbereiding van het gedeelte van het onderzoek dat zich bezighoudt met het vaststellen van de veranderingen in de omgeving van de opleidingsorganisatie. In hoofdstuk drie is uiteengezet dat het omgevingsonderzoek zich richt op de organisaties die deel uitmaken van het opleidingsnetwerk.

In dat hoofdstuk is tevens uiteengezet dat dit netwerk de organisaties omvat die streven naar beïnvloeding van het opleidingsbeleid. De vraag

rijst dan of het netwerk meer organisaties omvat dan die welke via benoemingsprocedures met de opleidingsorganisatie zijn verbonden. Ter beantwoording van deze vraag is aan de hand van de jaarverslagen van het Centraal College en de SRC nagegaan of nog andere organisaties op duurzame basis naar beïnvloeding van het beleid streven. In paragraaf 5.4 wordt ook op dit deel van het onderzoek nader ingegaan.

Door te onderzoeken welke organisaties tot het opleidingsnetwerk behoren, wordt direkt de aandacht gevestigd op de vraag wat de beleidsvrijheid van het Centraal College is. Het begrip beleidsvrijheid verwijst naar de "mogelijkheid voor een aktor een keus uit beleidsalternatieven te doen" (Hoogerwerf, 1982:49). Het geheel van alternatieven waaruit kan worden gekozen, bepaalt dan volgens Hoogerwerf de beleidsruimte. Een beleidsruimte wordt volgens hem onder meer beperkt door randvoorwaarden. In het kader van het onderzoek is inzicht in de beperkingen van de beleidsruimte van het Centraal College van belang bij het uitwerken van beleidsvoorstellen. In paragraaf 5.5 wordt op deze beperkingen nader ingegaan. Tenslotte wordt in dit hoofdstuk nog aandacht besteed aan de structuur van de werkorganisatie. Deze structuur omvat de verdeling van de taken en bevoegdheden ten aanzien van het opleidingsproces zoals zich dat op opleidingsafdelingen voltrekt. Bij het bestuderen van de werkorganisatie blijkt dat sommige opleidingsafdelingen bevoegd zijn een deel van de opleiding te verzorgen terwijl andere afdelingen de gehele opleiding mogen verzorgen. Op de betekenis van deze tweedeling wordt in paragraaf 5.6 ingegaan.

5.2 Opleidingen, opleiders en opgeleiden

De opleiding tot medisch specialist is overwegend een praktijkopleiding. Wie zich wil specialiseren, neemt onder supervisie deel aan de werkzaamheden op de afdeling van de opleider. Van daaruit wordt men voor een bepaalde periode tewerkgesteld op andere afdelingen. Begin 1979 werden opleidingen in 28 specialismen verzorgd voor totaal 2985 assistent-geneeskundigen. Er werd opgeleid op 479 opleidingsafdelingen. Deze bevonden zich in 22 kategoriale inrichtingen en 71 algemene en academische ziekenhuizen. In negentien ziekenhuizen werden opleidingen verzorgd voor vijf of meer specialismen. Achtendertig inrichtingen hadden drie of minder opleidingen in huis.

Op basis van het aantal opleiders en assistent-geneeskundigen kunnen

specialismen naar grootte van de opleiding worden onderscheiden. In 1984 waren in vijf specialismen (heelkunde, inwendige geneeskunde, neurologie, psychiatrie en verloskunde & gynaecologie) 46% van alle opleiders (214 van de 465) en 52% van alle in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen (1290 van de 2473) werkzaam. De specialismen met de kleinste opleidingen waren in dat jaar de allergologie, de cardio-pulmonale chirurgie, de gastro-enterologie, de klinische chemie, de plastische chirurgie en de medische microbiologie, met gezamenlijk 34 opleiders en 91 assistent-geneeskundigen.

Tabel 5.1: Aantallen opleidingen, stafleden en assistenten in de periode 1967-1984

jaar	aantal opleiders	aantal stafleden	aantal assistenten
1967	317	989	1341
1968	437	1227	1415
1969	360	1428	1541
1970	367	1468	1660
1971	372	1500	1859
1972	397	1672	2182
1973	409	1613	2330
1974	424	1661	2444
1975	448	1755	2635
1976	469	1918	2704
1977	471	2083	2940
1978	489	2176	2886
1979	497	2381	223
1980	509	2465	3055
1981	515	2507	2969
1982	525	3204	2915
1983	523	3284	2824
1984	507	3300	2549

Bron: SRC

Uit tabel 5.1 blijkt dat het aantal opleidingen alsmede het aantal daar werkzame specialisten en assistent-geneeskundigen tussen 1970 en 1980 een bijzonder sterke groei hebben doorgemaakt. Het aantal assistenten steeg in die periode van 1660 tot 3055. Het aantal opleidingen nam in dezelfde periode toe van 367 tot 509 en de staf op de opleidingsafdelingen groeide in dezelfde tijd van 1468 tot 2465. Opvallend is de daling van het aantal opleidingen en assistenten na 1982. Ze is het gevolg van het opheffen van opleidingsplaatsen in reactie op de arbeidsmarktproblemen van nieuw opgeleide specialisten.

In bijlage 6 zijn per specialisme gegevens opgenomen over de ontwikkeling van de aantallen opleidingen en assistenten in de periode 1970-1984. Deze gegevens maken het mogelijk wat meer te zeggen over de ontwikkelingen in de laatste jaren. Uit de bijlage blijkt dat het aantal in opleiding zijnde assistenten in de heekunde tussen 1979 en 1984 bijna gehalveerd is. Het aantal assistenten verloskunde en gynaecologie daalde in dezelfde periode met ongeveer 25%. Bij neurochirurgie en radiotherapie is het aantal assistenten in de betrokken periode meer dan gehalveerd, terwijl bij plastische chirurgie een daling met eenderde optrad. Bij heekunde en radiotherapie ging een en ander gepaard met een lichte teruggang van het aantal opleiders. Andere specialismen zagen in dezelfde periode hun opleidingen groeien. Het aantal assistenten anesthesiologie nam met 8% toe, voor de medische microbiologie was deze stijging bijna een kwart en voor gastro-enterologie vond bijna een verdubbeling plaats.

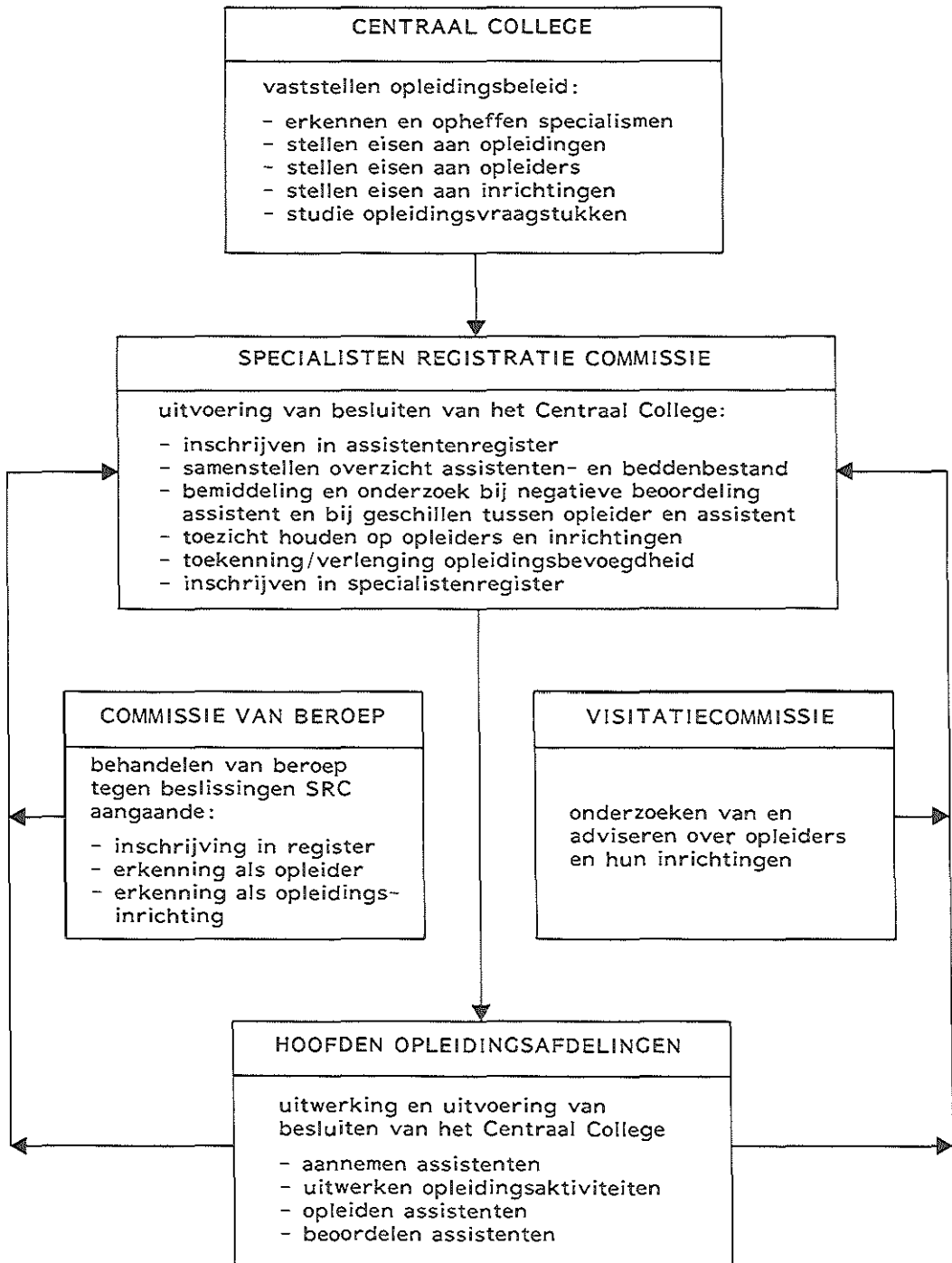
5.3 Verdeling van taken en bevoegdheden

Het in hoofdstuk vier beschreven opleidingsbeleid vormt het kader waarbinnen de opleidingsactiviteiten zich voltrekken. Voor de voorbereiding, vaststelling en uitvoering van dat beleid is binnen de opleidingsorganisatie een verdeling van taken en bevoegdheden uitgewerkt. De taken en bevoegdheden zijn verdeeld over het Centraal College, de Specialisten Registratie Commissie (SRC), de Commissie van Beroep (CvB), de visitatiekommissies en (de hoofden van) de opleidingsafdelingen. De verdeling tussen deze organisatorische eenheden is in grote lijnen weergegeven in schema 5.1.

Het Centraal College is het beleidsbepalend orgaan. Het neemt de besluiten aangaande het erkennen van specialismen en het stelt de eisen vast waaraan de opleidingen, de opleiders en de opleidingsinrichtingen moeten voldoen.

SCHEMA 5.1:

VERDELING VAN TAKEN EN BEVOEGDHEDEN IN DE OPLEIDINGSORGANISATIE



Een besluit van het College heeft rechtskracht, tenzij de minister van O & W binnen een termijn van drie maanden bij gemotiveerde beslissing te kennen geeft dat hij overwegende bezwaren heeft. De minister bepaalt zijn standpunt na advies van het Hoofdbestuur van de KNMG, dat met name de maatschappelijke gevolgen van een besluit beoordeelt (Van der Mijn, 1982).

De SRC is belast met de administratieve uitvoering van het beleid van het Centraal College. Zij beslist over inschrijving van personen in het specialistenregister en over het toekennen van opleidingsbevoegdheid. Opleidingsbevoegdheid ("erkenning") wordt gegeven aan de opleider en de opleidingsinrichting gezamenlijk. Tegen beslissingen van de SRC kan door belanghebbenden beroep worden aangetekend bij de Commissie van Beroep. De SRC houdt zich voorts bezig met het toezicht op het verloop van de opleiding van de assistent-geneeskundigen. Dit houdt o.a. in dat de SRC het z.g. opleidingsschema van elke assistent-geneeskundige tevoren goedkeurt. Ook is de SRC actief in gevallen waarin de (jaarlijkse) beoordeling van de assistent door zijn opleider negatief uitvalt en als er geschillen zijn tussen assistent en opleider. Tevens ziet de SRC toe op de naleving van de opleidingseisen door de opleiders.

Het opleidingsproces speelt zich af binnen door de SRC erkende opleidingsinrichtingen. De assistent-geneeskundige is hier werkzaam onder supervisie van een door de SRC als opleider erkend afdelingshoofd. De afdeling waaraan deze leiding geeft, wordt aangeduid als opleidingsafdeling. Het hoofd deelt zijn superviserende taken geheel of gedeeltelijk met de andere specialisten op de afdeling.

De onderwijs-technische uitwerking en uitvoering van het opleidingsbeleid is in handen van het hoofd van de opleidingsafdeling. Deze is als opleider belast met het aannemen van assistent-geneeskundigen en het (in overleg met hen) uitwerken van de vorm en inhoud van de opleiding in een opleidingsschema. Voorts dient de opleider een actief aandeel te hebben in de opleidingsactiviteiten als zodanig. Tenslotte moet hij de assistent jaarlijks en aan het einde van de opleiding te beoordelen.

De opleider kan een aantal van zijn taken delegeren aan een opleidingskommissie. Dit is een orgaan waarin specialisten zitting kunnen nemen die binnen de inrichting bij de opleiding zijn betrokken. Tevens kunnen assistenten in zo'n kommissie zitting hebben, terwijl geadviseerd wordt het voorzitterschap aan de officiële opleider op te dragen. De laatste

houdt in elk geval de eindverantwoordelijkheid voor de activiteiten van de kommissie tegenover de SRC. De opleidingskommissies zijn op deze wijze de organen waarmee binnen een inrichting de koördinatie van opleidings-activiteiten van personen en afdelingen voor een gegeven specialisme kan worden bereikt*).

De opleider voert zijn werkzaamheden uit onder toezicht van de SRC. Deze vormt zich een oordeel over de opleiders en hun inrichtingen op grond van rapporten die door visitatiekommissies worden uitgebracht. Elk specialisme heeft een eigen kommissie. Deze visiteert bestaande opleidingen als regel elke vijf jaar om te beoordelen of de opleidingsbevoegdheid verlengd kan worden. Tussentijdse visitaties vinden plaats bij het vertrek van de opleider en in de gevallen waarin ontvangen informatie daartoe aanleiding geeft. Kandidaat-opleiders en hun inrichtingen worden gevisiteerd om vast te stellen of zij voldoen aan de eisen die voor erkenning worden gesteld.

5.4 Het opleidingsnetwerk

De in de vorige paragraaf beschreven beleidstaken worden niet vervuld door beroepskrachten, d.w.z. door personen die in dienst zijn van de opleidingsorganisatie. Ze worden vervuld door specialisten die deze werkzaamheden vrijwillig verrichten buiten hun normale werkzaamheden om. Ze ontvangen hoogstens een onkostenvergoeding. Alleen de sekretaris van de SRC ontvangt een betaling die hem in staat moet stellen zich part-time vrij te maken van zijn normale medische werkzaamheden (zie verder voor het sekretariaat van het Centraal College paragraaf 5.5).

Degenen die binnen de beleidsorganen taken vervullen, worden daartoe voorgedragen door een aantal organisaties die belang hebben bij het beleid aangaande de opleiding tot medisch specialist. Op deze wijze kunnen zij invloed op het beleid uitoefenen. Hun recht op voordracht of benoeming is geregeld in het huishoudelijk reglement van de KNMG. Samen met de opleidingsorganisatie vormen ze een interorganisationeel netwerk, kortweg aan te duiden als het opleidingsnetwerk. Door bestudering van de wijze van samenstelling van de beleidsorganen kan eenvoudig worden nagegaan welke organisaties van dit netwerk deel uitmaken.

*) Sedert enige jaren bestaan er op verschillende plaatsen in de opleidingsorganisatie kommissies die de opleidingsactiviteiten binnen of tussen opleidingsinrichtingen koördineren.

De (beleidsbepalende en uitvoerende) organen van de opleidingsorganisatie, alsmede hun samenstelling, zijn weergegeven in schema 5.2. Het Centraal College heeft zestien gewone en zes adviserende leden. De helft van de gewone leden bestaat uit medische hoogleraren. Elke medische fakulteit benoemt er één. De andere helft bestaat uit specialisten die worden benoemd door de KNMG in overleg met de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV). De voorzitter wordt voor één jaar uit de gewone leden gekozen en wel bij toerbeurt het ene jaar uit de groep medische hoogleraren en het jaar daarop uit de andere groep.

De gewone en adviserende leden worden à titre personnel benoemd. Twee van de adviserende leden vertegenwoordigen de ministers van O & W en van WVC. Twee andere vertegenwoordigen de Nationale Ziekenhuis Raad (NZR), de koepelorganisatie van instellingen in de intra-murale zorg. De Landelijke Vereniging van Assistent-Geneseskundigen (LVAG) benoemt eveneens twee adviserende leden.

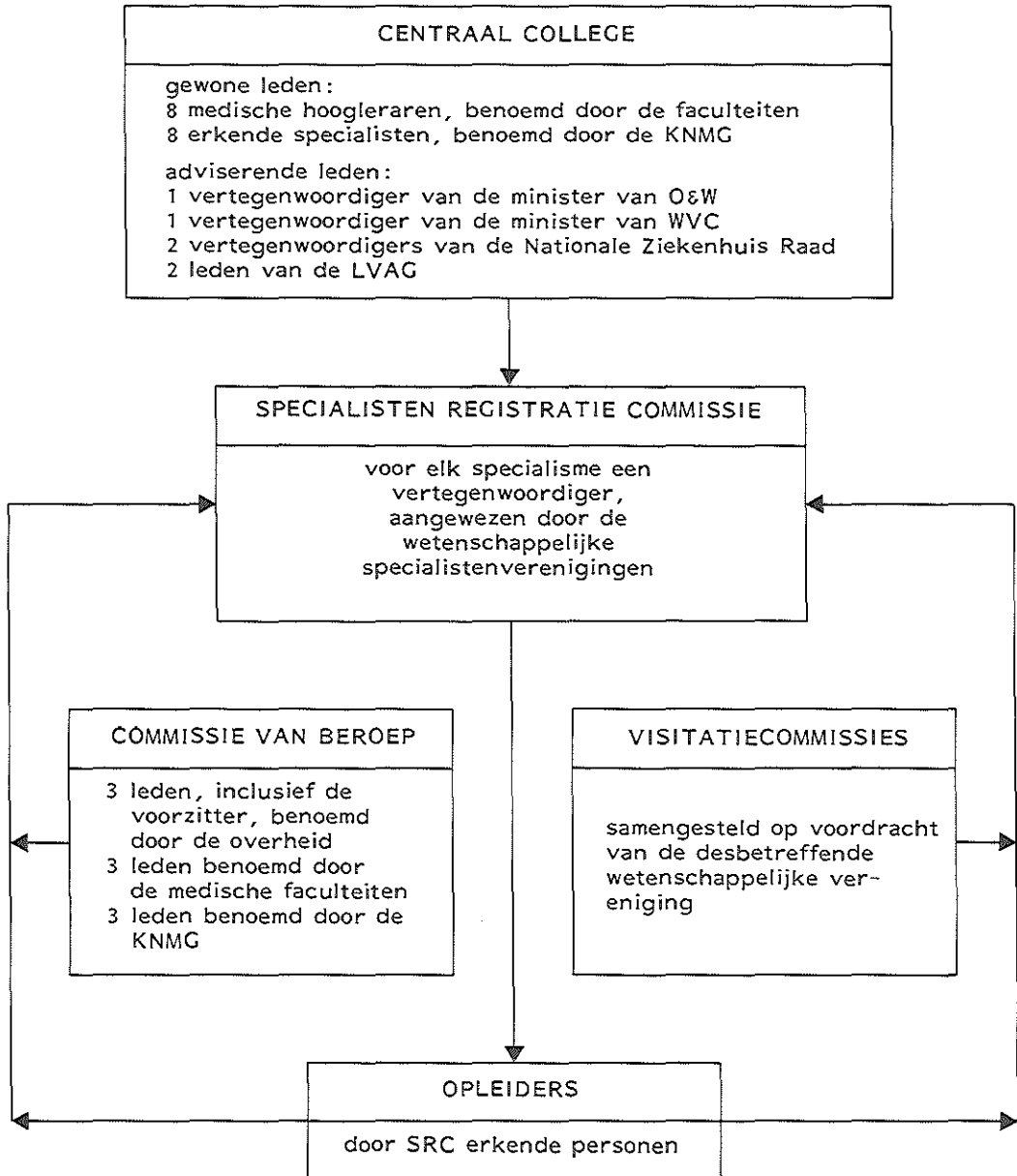
In de SRC zijn alle erkende specialismen gelijkkelijk met één zetel vertegenwoordigd. De leden van de SRC, die lid van de KNMG moeten zijn, worden benoemd door de landelijke wetenschappelijke specialistenverenigingen. Voor elk erkend specialisme bestaat zo'n wetenschappelijke vereniging waarbij de specialisten op het desbetreffende gebied aangesloten zijn. Deze verenigingen beschikken over Concilia, commissies die zich speciaal met opleidingsvraagstukken bezig houden. De leden van de SRC kiezen uit hun midden een voorzitter. De sekretaris wordt door de LSV aan de SRC toegevoegd en heeft een adviserende stem.

De leden van de visitatiecommissies zijn afkomstig uit de Concilia. Ze worden benoemd door de SRC op voordracht van de betrokken wetenschappelijke vereniging*). Specialismen als heelkunde, inwendige geneeskunde, verloskunde & gynaecologie, longziekten, psychiatrie en revalidatie nemen ook assistent-geneeskundigen in hun visitatiecommissies op. Deze worden gerekruteerd uit de vereniging van assistent-geneeskundigen in het betrokken specialisme. De Commissie van Beroep bestaat uit negen leden. Drie daarvan, waaronder de voorzitter, worden benoemd door de overheid. De medische fakulteiten benoemen gezamenlijk ook drie leden. De overige drie worden door de KNMG benoemd, in overleg met de LSV.

*) In de praktijk worden de visitatiecommissies samengesteld door de wetenschappelijke verenigingen en vervolgens erkend door de SRC.

SCHEMA 5.2:

SAMENSTELLING VAN ORGANISATORISCHE EENHEDEN BINNEN
DE OPLEIDINGSORGANISATIE



Uit bovenstaande beschrijving blijkt dat verscheidene organisaties door middel van een recht op voordracht of benoeming betrokken zijn bij de beleidsprocessen in de opleidingsorganisatie. Deze organisaties kunnen als volgt worden geordend:

- organisaties van beroepsbeoefenaren: de KNMG, LSV en de wetenschappelijke verenigingen;
- de medische fakulteiten;
- de overheid: de ministeries van O & W en van WVC;
- organisaties van inrichtingen in de intra-murale zorg: de NZR en de Geneeskundige Vereniging tot Bevordering van het Ziekenhuiswezen;
- de Landelijke Vereniging van Assistent-Geneskundigen als organisatie van specialisten-in-opleiding, alsmede de overeenkomstige verenigingen voor de afzonderlijke specialismen.

Zoals in de inleiding is gezegd, worden deze organisaties in het kader van het onderzoek tot het opleidingsnetwerk gerekend, vanwege hun betrokkenheid bij de beleidsprocessen in de opleidingsorganisatie. Aan de hand van de jaarverslagen van het Centraal College en de SRC is nagegaan of er buiten de genoemde organisaties andere zijn waarmee de opleidingsorganisatie geregeld overlegt in het kader van de voorbereiding en uitvoering van het opleidingsbeleid. Dit deel van het onderzoek gaf geen aanleiding tot uitbreiding van bovengenoemde opsomming.

5.5 De beleidsruimte van het Centraal College

In de vorige paragraaf is duidelijk gemaakt dat de beleidsorganen van de opleidingsorganisatie nauwe banden hebben met een aanzienlijk aantal organisaties in het opleidingsnetwerk. Door het recht op voordracht en benoeming kunnen deze organisaties direkt en indirekt invloed uitoefenen op de besluitvorming in de beleidsorganen. Het Centraal College zal derhalve bij het voorbereiden van zijn beleidsbeslissingen rekening moeten houden met in het netwerk levende belangen, opvattingen en wensen. De handelingsvrijheid van het College, zijn vrije beleidsruimte, wordt daardoor beperkt. In het kader van het evaluatie-onderzoek is dit een belangrijk gegeven, dat in aanmerking dient te worden genomen in de fase waarin beleidswijzigingen moeten worden ontwikkeld. Naarmate een voorstel de grenzen van de beleidsruimte van het Centraal College verder overschrijdt, zal het moeilijker realiseerbaar zijn.

Naast de vervlechting met het opleidingsnetwerk door de benoemings-

procedures zijn er nog twee factoren die de beleidsvrijheid van het Centraal College inperken. De eerste faktor is het feit dat de financiering van het opleidingsproces geheel buiten de opleidingsorganisatie om loopt. Het opleidingsproces brengt kosten met zich mee. Deze bestaan voor het grootste deel uit het salaris van de assistenten, de geïnvesteerde tijd van de opleider en de investeringen in opleidingsfaciliteiten. Deze kosten worden buiten de opleidingsorganisatie om gefinancierd, overwegend uit de opbrengst van medische werkzaamheden die de assistent binnen de opleidingsinrichting verricht*).

Als gevolg van de wijze van financiering is het opleidingsbeleid sterk afhankelijk van overheidsbeslissingen over de financiering van de gezondheidszorg. Deze beslissingen worden genomen op grond van overwegingen die niets uitstaande hebben met de opleiding tot medisch specialist. Ze vormen zonder meer randvoorwaarden waarbinnen het opleidingsbeleid dient te blijven. Los daarvan betekent het ontbreken van een eigen (geheel of gedeeltelijke) financiering van de opleidingen dat het Centraal College en de SRC een belangrijk beheersingsinstrument ten aanzien van het opleidingsproces missen. De enige mogelijkheid om invloed op opleiders en opleidingsafdelingen uit te oefenen is gelegen in het verschaffen en intrekken van opleidingsbevoegdheid.

De tweede faktor die de beleidsruimte van het Centraal College inperkt is gelegen in de bescheiden financiële en personele middelen waarover de opleidingsorganisatie beschikt voor inhoudelijke en administratieve ondersteuning van het opleidingsbeleid. Het Centraal College had voor 1979 een budget van omstreeks fl. 250.000 en de SRC had de beschikking over ruim fl. 800.000. Op deze budgetten drukken naast huisvestingskosten, bureaukosten en vergaderkosten ook de salarissen voor diverse medewerkers. Het Centraal College wordt bijgestaan door een sekretaris die voor 60% van de werktijd is aangesteld (en die voor de overige tijd werkzaam is voor de Colleges Huisartsgeneeskunde en Sociale Geneeskunde). Deze sekretaris beschikt over een sekretaresse voor wie dezelfde tijdsverdeling geldt. De SRC beschikt over een full-time directeur van het

*) Gedurende een reeks van jaren gaf de minister van O & W in een aantal gevallen opleiders in niet-akademische ziekenhuizen een tegemoetkoming in de kosten van de honorering van een chef de clinique. Hiervoor was jaarlijks een bedrag van een miljoen uitgetrokken. In 1981 is deze overheidsbijdrage beëindigd.

bureau en over een sekretaris die half-time van zijn werkzaamheden als specialist is vrijgesteld. Op het bureau van de SRC waren in 1979 zeven administratieve krachten, deels part-time, werkzaam.

Tot 1982 werden de kosten van het College en de SRC paritair gedragen door de KNMG en het ministerie van O & W. In maart van dat jaar liet de toenmalige minister van O & W weten dat de bijdrage van de overheid in enkele jaren zou worden teruggebracht tot de helft van de bijdrage in 1981. Dit betekent dat de overheid vanaf 1985 jaarlijks fl.394.000 zal betalen. Als gevolg hiervan heeft de KNMG besloten met ingang van januari 1984 de registratiegelden (voor inschrijving in het specialistenregister) te verhogen tot fl.700,-. Tegelijkertijd is een jaarlijks inschrijfgeld van fl.300,- voor 1984 ingevoerd voor het volgen van een opleiding.

Het bovenstaande betekent dat de opleidingsorganisatie over slechts een bescheiden budget beschikt dat hoofdzakelijk opgaat aan administratieve ondersteuning. De beleidsvoorbereiding geschiedt overwegend door de leden van de beleidsorganen en wordt dan op basis van vrijwilligheid en in de eigen (vrije) tijd verricht. Dit brengt de opleidingsorganisatie in het nadeel als het erom gaat tegenspel te bieden tegen de andere organisaties in het opleidingsnetwerk. Met uitzondering van de LVAG en de kleinere wetenschappelijke verenigingen beschikken de organisaties in het netwerk over medewerkers die zich beroepsmatig bezig houden met beleidsondersteunende werkzaamheden.

Samenvattend kan dan het volgende over de beleidsruimte van het Centraal College worden gezegd. Bij het formuleren van beleidsvoorstellen zal het College zich steeds rekenschap moeten geven van de heersende opvattingen en wensen binnen het opleidingsnetwerk. De mogelijkheden om tegen dergelijke opvattingen in te gaan worden met name beperkt doordat verschillende organisaties in het opleidingsnetwerk (met name de ministeries, de LSV en de NZR) hun stellingname kunnen laten voorbereiden door beleidsmedewerkers en het Centraal College dat niet op overeenkomstige wijze kan. Dit weegt des te zwaarder, omdat het Centraal College steeds met een veelheid van organisaties te maken heeft en dus in een uiterst complexe situatie moet manoevreren, terwijl de andere organisaties zich uitsluitend tegenover het College hebben op te stellen.

Voorts wordt de beleidsruimte van het Centraal College in hoge mate beperkt door het ontbreken van fondsen voor het voeren van een eigen beleid.

Beleidsvoorstellen die geld kosten zijn daardoor op voorhand uiterst moeilijk te realiseren, ook al zijn ze inhoudelijk voor de organisaties in het opleidingsnetwerk aanvaardbaar. Beleidswijzigingen zullen derhalve vrijwel altijd "budgettair neutraal" van karakter moeten zijn om gerealiseerd te kunnen worden.

5.6 Typen opleidingen en hun onderlinge verschillen

De SRC erkent opleiders in combinatie met een erkenning van inrichtingen waarin ze werkzaam zijn. Opleidingsbevoegdheid kan worden toegekend voor het verzorgen van de gehele opleiding of voor een in tijdsduur beperkt gedeelte. In het laatste geval spreekt men van een B-opleiding. Er zijn universitaire en niet-universitaire opleiders en inrichtingen met volledige bevoegdheid. Men spreekt dan doorgaans van U- en A-opleidingen. In 1979 waren er vier specialismen die uitsluitend universitaire en vijftien specialismen die zowel U- als A- en B-opleidingen hadden. De overige specialismen hadden alleen U- en A-opleidingen (Tabel 5.2).

Tabel 5.2 Typen opleidingen naar specialisme in 1979.

Specialisme	U- opleiding	A- opleiding	B- opleiding
Allergologie	x	x	
Anesthesiologie	x	x	x
Cardiologie	x	x	x
Cardio-pulmonale chirurgie	x	x	
Dermatologie	x		
Gastro-enterologie	x		
Heelkunde	x	x	x
Inwendige Geneeskunde	x	x	x
KNO-heelkunde	x	x	x
Kindergeneeskunde	x	x	x
Klinische chemie	x	x	
Longziekten en tuberculose	x	x	
Medische microbiologie	x		
Neurochirurgie	x	x	x
Neurologie	x	x	x
Oogheelkunde	x	x	
Orthopedie	x	x	x
Pathologische anatomie	x	x	x
Plastische chirurgie	x		
Psychiatrie	x	x	x
Radiodiagnostiek	x	x	x
Radiologie	x	x	x
Radiotherapie	x	x	x
Reumatologie	x	x	x
Revalidatie	x	x	
Urologie	x	x	
Verloskunde & Gynaecologie	x	x	x
Zenuw- en zielsziekten	x	x	x

Wanneer wordt gekeken naar de verdeling van stafleden en assistenten over de verschillende typen opleidingen dan blijkt dat bijna 55% van alle assistent-geneeskundigen en 52% van alle opleiders en hun stafleden zich in 1979 in de U-opleidingen bevonden. Vijf jaar later waren deze percentages vrijwel ongewijzigd (Tabel 5.3).

Tabel 5.3 De verdeling van opleidingen, stafleden en assistenten over verschillende typen opleidingen in 1979 en 1984.

type opleiding	1979 opleidingen	1984 opleidingen	1979 stafleden	1984 stafleden	1979 assistenten	1984 assistenten
U-opleiding	177	178	1322	1728	1636	1439
A-opleiding	150	156	482	787	843	709
B-opleiding	170	173	577	785	506	401

Om voor erkenning in aanmerking te komen, moet worden voldaan aan door het Centraal College gestelde eisen. Zoals in het vorige hoofdstuk is aangegeven, zijn de eisen voor de volledige opleidingsbevoegdheid (A-opleiding) zwaarder dan voor de gedeeltelijke bevoegdheid (B-opleiding). Voor de B-opleiding worden minder zware eisen gesteld aan de omvang van het bedden- en patiëntenbestand van de afdeling en aan de personele en materiële voorzieningen waarover de afdeling kan beschikken.

Binnen het opleidingsnetwerk wordt er algemeen van uitgegaan dat de drie typen opleidingen niet alleen naar voorzieningenniveau verschillen, maar ook naar werklust en inhoud van de werkzaamheden (Van Nieuwenhuizen, 1971); Beleidsnota Kindergeneeskunde 1977; Grond, 1977). Een indicatie voor de omvang van de verschillen in werklust is te vinden in Tabel 5.4. Hierin is voor zeven specialismen (met in 1983 ongeveer 45% van alle assistenten) het aantal ontslagen patiënten per staflid of assistent weergegeven voor de verschillende typen opleidingen in 1983. De gegevens zijn berekend op basis van door de Stichting Medische Registratie (SMR) en SRC verstrekte gegevens.

De tabel bevestigt de aanwezigheid van aanzienlijke verschillen in klinische werklust. Opvallend is de duidelijke middenpositie die de niet-universitaire A-opleiding inneemt. Het grootste verschil wordt gevonden bij de KNO, waar het gemiddelde voor de B-opleiding meer dan driemaal zo hoog is als in de U-opleiding. Voor de inwendige geneeskunde is dit verschil bijna even groot. Bovendien valt op dat de berekende gemiddelden

voor de niet-snijdende vakken over de gehele linie lager liggen dan voor de snijdende vakken. Tenslotte maakt Tabel 5.4 duidelijk dat het zinvol is in discussies over verschillen in werklast tussen typen opleidingen een nader onderscheid te maken naar afzonderlijke specialismen.

TABEL 5.4 Aantal in 1983 ontslagen patiënten per staflid of assistent, naar type opleiding, voor zes specialismen.

Specialisme	gemiddeld aantal klinische patiënten per staflid of assistent		
	type opleiding		
	U	A	B
Heelkunde	130	250	275
KNO	91	*	226
Plastische chirurgie	139	*	**
Interne geneeskunde	51	115	142
Kindergeneeskunde	59	104	153
Cardiologie	72	156	187

*) Geen (niet-universitaire) A-opleiding aanwezig.

**) In 1983 was er één B-opleiding, de gegevens daarvan zijn samengevoegd met die van de U-opleiding.

Ten aanzien van de inhoudelijke verschillen tussen typen opleidingen heerst binnen het opleidingsnetwerk de opvatting dat met name de universitaire opleidingen zich onderscheiden door een nadruk op uitzonderlijke (d.w.z. weinig frekwent voorkomende en/of bijzondere voorzieningen vereisende) diagnostiek en therapie. Tabel 5.5 biedt een globale mogelijkheid om deze opvatting empirisch te toetsen. In de tabel zijn zeldzaamheidsindexen opgenomen voor verschillende typen ziekenhuizen. Volgens het SMASH-jaarboek 1982 is de diagnose-zeldzaamheidsindex van een ziekenhuis een maat voor de aanwezigheid van bijzondere, zeldzame diagnosen. De operatie-zeldzaamheidsindex is een maat die onderscheid maakt tussen zeldzame operaties (die buiten de routine vallen) en veel voorkomende operaties. Bovendien wordt bij het berekenen van deze index een onderscheid gemaakt tussen lichte en zware operaties. Een (zeldzame) zware operatie heeft bij het berekenen van de index meer gewicht dan een zeldzame lichte.

De gegevens in tabel 5.5 bevestigen de opvattingen in het opleidingsnetwerk. Meegdes (1984:28) merkt in een samenvattend commentaar op de indexen op dat "voor wat betreft het diagnoseprofiel van kleine,

middelgrote en grote algemene ziekenhuizen, er niet zulke grote verschillen zijn. Bij het operatieprofiel kan wel een stijgende lijn worden waargenomen van kleine naar grote algemene ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen, waarvan deze indexcijfers eveneens bekend zijn, laten in vergelijking met de algemene ziekenhuizen veel hogere waarden zien".

TABEL 5.5 Diagnose- en operatiezeldzaamheidsindex, naar type ziekenhuis in 1980, 1981 en 1982.

type ziekenhuis	diagnose-index			operatie-index		
	1980	1981	1982	1980	1981	1982
klein	98.1	99.7	98.2	93.8	95.8	92.9
middelgroot	96.3	96.7	96.4	96.9	99.5	94.8
groot	98.7	99.2	98.9	102.1	103.7	101.9
akademisch	120.6	120.7	120.3	191.4	169.5	167.0

Bron: Stichting Medische Registratie 1980, 1981, 1982.

In de tabellen in bijlage 7 zijn de inhoudelijke verschillen tussen opleidingen nog op een andere wijze benaderd. Met behulp van de databestanden van de SMR is voor zes specialismen vastgesteld welke diagnoses (voor niet-snijdende specialismen) of operaties (voor snijdende specialismen) onder de in 1983 ontslagen patiënten met een landelijke frekwentie van 1,5% of meer voorkwamen. Vervolgens zijn de korresponderende percentages berekend voor de ontslagen patiënten binnen de U-, A- en B-opleidingen. De tabellen geven op deze wijze inzicht in de mate waarin men zich in en buiten het opleidingscircuit toelegt op landelijk veel (althans met een frekwentie van 1,5% of meer) voorkomende diagnoses en operaties.

Tabel 5.6 bevat een nadere bewerking van de gegevens uit bijlage 7. Voor elk van de zes specialismen is per type opleiding het totale percentage berekend van de diagnoses en operaties, die elk een landelijke frekwentie hebben van 1.5% of meer. Des te groter het aantal patiënten met bijzondere pathologie is binnen een bepaald type opleiding, des te verder zal het bijbehorende percentage onder het landelijk percentage komen te liggen.

Op grond van de zeldzaamheidsindexen voor de academische ziekenhuizen mag men verwachten dat de percentages voor de U-opleiding lager liggen dan voor de overige opleidingen en het landelijk beeld. Bovendien mag

verwacht worden dat de verschillen voor de snijdende vakken duidelijker zijn dan voor de niet-snijdende vakken. De operatie-zeldzaamheidsindex is immers voor de U-opleidingen veel geprononceerder dan de diagnose-zeldzaamheidsindex.

TABEL 5.6 Totale aandeel van diagnoses en operaties met een landelijke frekwentie van 1.5% of meer in het klinisch patiëntenbestand, binnen typen opleidingen en landelijk (in 1983), voor zes specialismen.

specialisme	type opleiding			landelijk
	U-	A-	B-	
interne geneeskunde	20.2	24.0	25.0	26.7
kindergeneeskunde	31.5	22.6	36.3	41.4
cardiologie	79.4	67.2	79.9	76.2
heelkunde	27.9	38.4	43.6	43.9
KNO-heelkunde	46.1	*	60.5	80.2
plastische chirurgie	56.3	*	**	73.2

*) geen A-opleiding

**) de gegevens van de enige hier aanwezig B-opleidingsafdeling zijn meegenomen met de gegevens van de U-opleidingen.

Tabel 5.6 bevestigt beide veronderstellingen. Zowel voor de heelkunde (uitgezonderd de B-opleiding), de plastische chirurgie als de KNO-heelkunde geldt, dat de operaties met een landelijke frekwentie van 1.5% of meer duidelijk ondervertegenwoordigd zijn in het patiëntenbestand. Of anders gezegd: men legt zich hier duidelijk meer toe op operaties die landelijk een frekwentie van minder dan 1.5% hebben. Bij de interne geneeskunde is het beeld minder uitgesproken, terwijl cardiologie niet aan de verwachtingen voldoet. Bovendien doet zich zowel bij cardiologie als bij kindergeneeskunde het verschijnsel voor dat in de A-opleidingen de landelijke frekwente diagnoses het minst voorkomen.

De tabel illustreert overigens dat het riskant is in algemene termen over inhoudelijke verschillen tussen U-, A- en B-opleidingen te spreken. Elk van de zes specialismen in de tabel vertoont een eigen patroon, dat in discussies over inhoudelijke verschillen recht zal moeten worden gedaan.

6. VERANDERINGEN IN DE OMGEVINGSKENMERKEN

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden veranderingen beschreven die zich sedert de vaststelling van het opleidingsbeleid hebben voltrokken in de omgeving van de opleidingsorganisatie. Deze beschrijving wordt in de volgende hoofdstukken gebruikt om tot uitspraken te komen over de afstemming van het vigerende opleidingsbeleid op de huidige omgevingskenmerken. In hoofdstuk drie is uiteengezet dat het omgevingsonderzoek wordt beperkt tot de kenmerken van het opleidingsnetwerk. In paragraaf 5.4 zijn de organisaties opgesomd die van dit netwerk deel uitmaken. Onderzocht is, hoe de structuur en het beleid van deze organisaties is veranderd sedert de totstandkoming van het opleidingsbeleid.

Het opleidingsbeleid is in zijn totaliteit niet op een aanwijsbaar tijdstip tot stand gekomen. Het is samengesteld uit een reeks beslissingen die op uiteenlopende momenten sedert de instelling van het Centraal College zijn genomen. De algemene opleidingseisen zijn vastgesteld in de jaren zestig. Sindsdien zijn ze slechts op enkele ondergeschikte punten gewijzigd. Vanaf de jaren zestig zijn op verschillende tijdstippen de bijzondere eisen voor de afzonderlijke specialismen tot stand gekomen. Voor sommige van die specialismen zijn de eisen inmiddels al weer herzien. Dit betekent dat niet kan worden gesteld dat het huidige opleidingsbeleid volledig op een op een bepaald tijdstip te fixeren set van omgevingskenmerken is afgestemd. Met name de bijzondere eisen zijn in verschillende mate afgestemd op de veranderingen in de omgevingskenmerken zoals die zich sedert de instelling van het Centraal College hebben voltrokken. Om die reden is het omgevingsonderzoek er niet op gericht een momentopname aan te bieden van omgevingskenmerken zoals die werden aangetroffen toen het onderzoek werd uitgevoerd. Gekozen is voor het in beeld brengen van de omgevingskenmerken, zoals die in de tijd veranderen of zijn veranderd. De veranderingen zijn in het kader van het onderzoek bestudeerd voor de periode tot 1979. Waar mogelijk, zijn de gegevens bijgewerkt tot de stand van zaken in 1984.

Het omgevingsonderzoek brengt met zich mee dat een selectie wordt gemaakt van relevante omgevingskenmerken en dat vervolgens de veranderingen worden beschreven die in de gekozen onderzoeksperiode in deze kenmerken kunnen worden waargenomen. Het is denkbaar de selectie te verrichten op basis van

een inhoudsanalyse van de dokumenten die bij de beleidsvorming een rol hebben gespeeld. In dergelijke dokumenten zijn ongetwijfeld verwijzingen te vinden naar relevante omgevingskenmerken. Om verschillende redenen is deze aanpak niet gevolgd. In de eerste plaats is zo'n inhoudsanalyse zeer tijdrovend. In de tweede plaats is het de vraag of zodoende alle relevante omgevingskenmerken kunnen worden opgespoord. Sommige kenmerken zullen door de betrokkenen zo als vanzelfsprekend zijn ervaren, dat ze niet expliciet in dokumenten terug te vinden zijn.

In het onderzoek is voor de selectie van de omgevingskenmerken een andere methode gevolgd. Daarbij heeft de in hoofdstuk drie gepresenteerde lijst met opleidingsvraagstukken als uitgangspunt gediend. In de oriënterende fase van het onderzoek is een groot aantal artikelen bestudeerd waarin participanten in het opleidingsnetwerk beschouwingen gaven over de onderwerpen in deze lijst. In deze publikaties waren verwijzingen te vinden naar duurzame veranderingen in omgevingskenmerken. Die verwijzingen betroffen:

- de stafvorming op ziekenhuisafdelingen;
- de opkomst van vormen van partiële uitoefening van specialismen;
- de groeiende taakverdeling tussen ziekenhuizen;
- de toenemende differentiatie van ziekenhuisafdelingen;
- veranderende arbeidsvoorwaarden in de specialistische zorg;
- de uitbreiding van het takenpakket van de medische specialist;
- de opkomst van theoretisch onderwijs in de specialistenopleiding;
- veranderingen in de artsenopleiding en de nascholing;
- de toegenomen vraag naar deeltijdse opleidingen.

In de volgende paragrafen worden deze veranderingen nader gedokumenteerd. Daarbij wordt steeds aangegeven voor welke onderdelen van het (in hoofdstuk vier beschreven) opleidingsbeleid de gesignaleerde veranderingen gevolgen hebben. In de probleemanalyse wordt dan nader op de aard van die gevolgen ingegaan, alsmede op de mogelijkheden om die gevolgen tegen te gaan door wijzigingen in het opleidingsbeleid.

6.2 Van solitaire beroepsuitoefening naar afdelingsstaf

Tot na de Tweede Wereldoorlog vertoonde de beroepsuitoefening van medische specialisten in grote lijnen het volgende beeld. De specialist werkte solitair, dat wil zeggen dat hij zijn werkzaamheden als eenling in en

buiten het ziekenhuis uitoefende. Hij hield spreekuur thuis of in een eigen praktijkruimte. Voorts had hij met een of meer ziekenhuizen een (al dan niet formeel vastgelegde) overeenkomst, waardoor hij zijn patiënten in de desbetreffende inrichtingen kon opnemen en behandelen. Op een ziekenhuisafdeling waren derhalve verschillende specialisten werkzaam die los van elkaar hun eigen patiënten behandelden. De noodzakelijke afstemming van de activiteiten van deze specialisten geschiedde door het afdelingshoofd, een door de leiding van het ziekenhuis benoemde specialist. Vanuit de individuele specialist gezien was het ziekenhuis een instelling die verpleeg- en behandel faciliteiten (tegen betaling) ter beschikking stelde. Het afdelingshoofd was degene die op de dagelijkse gang van de werkzaamheden toezag.

Op opleidingsafdelingen was de situatie niet wezenlijk anders. Het afdelingshoofd behandelde er zijn eigen patiënten. Hij was daarnaast belast met de werkzaamheden die voortvloeiden uit zijn positie als afdelingshoofd. De assistent-geneeskundigen die op de afdeling hun opleiding ontvingen, waren daar onder zijn directe verantwoordelijkheid en supervisie werkzaam. Van Nieuwenhuizen (1968) en Lindeboom (1971) spreken van een "leermeester-gezel verhouding" ter karakterisering van de rechtstreekse en permanente relatie tussen het afdelingshoofd en de door hem opgeleide assistent-geneeskundige. Deze nauwe relatie tussen beiden zal zich op grotere opleidingsafdelingen ook hebben uitgestrekt tot de specialist, die als chef de clinique het afdelingshoofd ging bijstaan.

In de laatste decennia is de directe supervisie door het afdelingshoofd op veel opleidingsafdelingen in meer of mindere mate verloren gegaan als gevolg van twee ontwikkelingen. In de eerste plaats is het aantal specialisten dat naast de opleider op de afdeling werkzaam is in veel gevallen sterk gestegen. In de tweede plaats is er tussen de op een opleidingsafdeling werkzame specialisten (evenals op andere afdelingen) een vorm van samenwerking ontstaan die zich ook is gaan uitstrekken tot het verrichten van opleidingstaken.

De toename van het aantal specialisten op opleidingsafdelingen kan worden toegelicht aan de hand van de gegevens die de SRC jaarlijks publiceert over de opleidingsinrichtingen. Per 1 januari 1967 waren er 989 specialisten werkzaam op 317 opleidingsafdelingen, een gemiddelde van 3.1 per afdeling. In 1984 waren dat er 3300 op 507 afdelingen,

een gemiddelde van 6.5. Het gemiddeld aantal assistenten per afdeling steeg in dezelfde periode betrekkelijk weinig, van 4.2 naar 5.0 per opleidingsafdeling. Dit betekent dat de assistent-geneeskundige tussen 1967 en 1984 een groeiend aantal specialisten op een opleidingsafdeling tegenover zich kreeg.

Bovenstaande cijfers kunnen worden genuanceerd door ze uit te splitsen naar typen opleidingen en specialismen. In tabel 6.1 zijn cijfers gegeven voor de verschillende typen opleidingen. Daaruit blijkt dat het gemiddeld aantal specialisten op U-opleidingsafdelingen ver boven dat van de andere typen opleidingen ligt. Tussen de gemiddelden voor A- en B-opleidingen bestaan verhoudingsgewijs kleine verschillen.

Tabel 6.1 Gemiddeld aantal specialisten en assistenten op opleidingsafdelingen naar type opleiding, 1967-1984*).

Jaar	U-opleiding		A-opleiding		B-opleiding	
	gemiddeld aantal special./assist.	gemiddeld aantal special./assist.	gemiddeld aantal special./assist.	gemiddeld aantal special./assist.	gemiddeld aantal special./assist.	gemiddeld aantal special./assist.
1967	5.6	7.6	2.8	3.1	3.9	1.4
1972	7.6	9.3	3.9	4.2	4.0	2.2
1977	7.8	9.7	3.8	5.5	2.7	3.0
1982	9.0	8.7	4.8	5.3	4.5	2.5
1984	9.7	8.1	5.0	5.3	4.1	2.3

Bron: SRC.

Tabel 6.1 geeft voorts informatie over de ontwikkeling van de gemiddelden over de periode 1967-1984. Het gemiddeld aantal specialisten op B-opleidingsafdelingen is in die periode maar weinig gestegen, van 3.9 naar 4.1, terwijl het overeenkomstige gemiddelde voor de U- en A-afdelingen bijna een verdubbeling vertoont. Het gemiddeld aantal assistenten per afdeling geeft in de tijd een stijging over de gehele linie te zien, zij het dat deze voor de U-opleidingen aanzienlijk minder is dan elders. Voorts is in de tabel duidelijk terug te vinden dat het gemiddeld aantal assistent-geneeskundigen de laatste jaren terugloopt (onder invloed van de eerder vermelde problemen op de arbeidsmarkt voor specialisten).

*) Exklusief keuzestages psychiatrie.

Tabel 6.2 Gemiddeld aantal specialisten en assistenten op opleidingsafdelingen, naar type afdeling en specialisme, per 1-1-'84.

Specialisme	U-opleiding		A-opleiding		B-opleiding	
	gem. aantal spec.	ass.	gem. aantal spec.	ass.	gem. aantal spec.	ass.
allergologie	1.5	0.5	-	-	-	-
anesthesiologie	20.6	20.0	7.0	7.0	-	-
cardiologie	11.3	7.6	6.5	6.8	4.2	2.3
cardio-pulmonale chirurgie	4.3	3.5	4.5	3.0	-	-
dermatologie	7.7	6.4	-	-	-	-
gastro-enterologie	2.3	3.2	1.0	2.0	-	-
heelkunde	14.3	10.8	5.0	4.8	4.0	2.7
inwendige geneeskunde	23.1	26.6	6.1	8.1	4.7	4.3
keel, neus en oorheelkunde	10.3	7.3	-	-	3.0	0.5
kindergeneeskunde	22.4	13.3	7.3	6.5	3.8	2.7
longziekten en tuberculose	5.5	4.6	3.6	3.1	-	-
medische microbiologie	5.9	4.8	-	-	-	-
neurochirurgie	4.7	1.7	5.0	1.0	-	-
neurologie	11.1	11.5	5.7	4.8	3.1	2.0
oogheelkunde	10.9	9.3	-	-	-	-
orthopedie	5.0	6.8	3.6	4.0	2.7	0.9
pathologische anatomie	9.4	5.3	-	-	5.3	0.5
plastische chirurgie	4.2	2.0	2.0	1.0	-	-
psychiatrie	12.5	13.8	10.0	10.7	5.3	3.2
radiodiagnostiek	9.4	12.3	5.5	4.2	6.0	2.0
radiotherapie	5.8	2.3	6.7	1.3	-	-
reumatologie	4.5	2.5	4.3	2.3	-	-
revalidatie	5.6	4.0	4.6	1.9	-	-
urologie	4.0	4.3	2.4	1.7	-	-
verloskunde en gynaecologie	12.6	10.1	3.8	3.4	3.6	1.8

Bron: SRC.

- Opgave exclusief klinische chemie, klinische geriatrie, nucleaire geneeskunde, aantekening klinische neurofysiologie, aantekening röntgenologie en de psychiatrische stageplaatsen.

Tabel 6.2 geeft een momentopname (per 1 januari 1984) per specialisme van de gemiddelde aantallen specialisten en assistenten op uiteenlopende typen opleidingsafdelingen.

Uit deze tabel kan onder meer het volgende worden opgemaakt:

- Er is een aantal specialismen waar het gemiddeld aantal stafleden en assistenten niet boven de vijf komt, ook niet in de universitaire praktijken. Deze specialismen zijn: allergologie, gastro-enterologie, neurochirurgie, plastische chirurgie, cardio-pulmonale chirurgie, reumatologie en urologie. Op 1 januari 1984 was 5.0% van alle assistenten in deze specialismen in opleiding.

- Voor de B-opleiding (per 1 januari 1984 met 13,5% van de assistenten) geldt dat het gemiddeld aantal en assistenten nergens boven de vijf en het gemiddeld aantal stafleden nergens boven de zes uitkomt.
- Afdelingen met gemiddeld meer dan tien stafleden en assistenten in de U-opleidingen en meer dan vijf in de A-opleidingen worden aangetroffen bij anesthesiologie, cardiologie, inwendige geneeskunde, kindergeneeskunde en psychiatrie. Op deze afdelingen was op 1 januari 1984 55% van de assistenten in opleiding.

Gelijktijdig met de toename van het aantal specialisten op opleidingsafdelingen is ook de relatie van de medische specialist tot de ziekenhuisorganisatie ingrijpend veranderd. Middels toelatings- en arbeidskontrakten zijn ziekenhuizen steeds uitgebreidere eisen gaan stellen aan de onderlinge samenwerking van specialisten die op eenzelfde afdeling werkzaam zijn. Bovendien worden medische specialisten steeds sterker betrokken bij de beleidsvorming binnen het ziekenhuis (Van Leeuwen, 1975; Landelijke Specialisten Vereniging, 1976). Een van de directe gevolgen van deze ontwikkelingen is dat specialisten, die werkzaam zijn op eenzelfde afdeling, steeds meer als groep gaan optreden. Er vindt stafvorming op afdelingsniveau plaats die zich uit in onderlinge samenwerking op de afdeling en gezamenlijk optreden naar buiten toe.

Als uitvloeisel van deze stafvorming is de opleider zijn superviserende taken gaan delen met de andere op de afdeling werkzame specialisten. Als gevolg daarvan is de nauwe band tussen de assistent-geneeskundige en het afdelingshoofd geheel of gedeeltelijk verloren gegaan. Daarvoor in de plaats is een lossere relatie gekomen tussen de assistent en het opleidingsteam, dat bestaat uit alle specialisten die op een afdeling met opleidingstaken worden belast.

Ondertussen zijn verschillende delen van het opleidingsbeleid nog wel op de aanwezigheid van de nauwe band tussen afdelingshoofd en assistent-geneeskundige afgestemd. De eisen aan de opleider betreffen uitsluitend het afdelingshoofd. Er zijn geen eisen die de inhoudelijke coördinatie van de supervisie-werkzaamheden tussen de leden van het opleidingsteam verzekeren. En de beoordeling is opgedragen aan het afdelingshoofd, wiens rol als supervisor veelal beperkt is. De gesignaleerde veranderingen raken het opleidingsbeleid derhalve op het gebied van de eisen aan de opleider, de eisen aan de beoordeling en de eisen die een evenwichtige inhoud van de opleiding moet verzekeren. In de probleemanalyse worden de door de

veranderingen veroorzaakte diskrepancies nader omschreven en zal tevens worden ingegaan op mogelijke aanpassingen van het opleidingsbeleid in antwoord op het veranderde supervisiepatroon.

6.3 Van integrale naar partiële uitoefening van specialismen

Gedurende lange tijd omvatte de uitoefening van een erkend specialisme (hierna te noemen: specialisme) als regel alle voorkomende werkzaamheden op het betrokken werkterrein. Deze z.g. "integrale" beroepsuitoefening maakt momenteel plaats voor vormen van partiële uitoefening van specialismen, waarbij de werkzaamheden worden beperkt tot een gedeelte van het door een erkend specialisme bestreken terrein. Op de volgende bladzijde zijn naast de integrale beroepsuitoefening (schema 6.1) vier typen partiële beroepsuitoefening schematisch weergegeven.

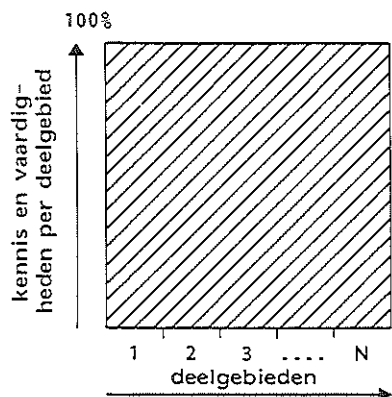
Deze vier typen zijn:

- a. Het "generalistische" type (schema 6.2). Hier wordt het specialisme over de volle breedte, d.w.z. op alle deelgebieden, uitgeoefend. Stuit de specialist op vraagstukken die zijn directe mogelijkheden (qua kennis en/of vaardigheden) te boven gaan, dan verwijst hij de patiënt naar een kollega of wordt een kollega als medebehandelaar ingeschakeld.
- b. Het "gemengde" type (schema 6.3). Hier worden werkzaamheden over de volle breedte van het specialisme gekombineerd met werkzaamheden op een onderdeel waarvoor de specialist bijzondere belangstelling heeft. Dit onderdeel kan worden aangeduid met de term aandachtsveld of aandachtsgebied.
- c. Het "subspecialistische" type (schema 6.4). Hier wordt de beroepsuitoefening beperkt tot een deelgebied van het specialisme.
- d. Het "grensoverschrijdende" type (schema 6.5). In dit geval bestrijkt de subspecialisatie of het aandachtsveld een terrein, dat deels ook door een of meer andere specialismen wordt bestreken. Voorbeelden van dit type zijn de pijnbestrijding en de neuro-röntgenologie.

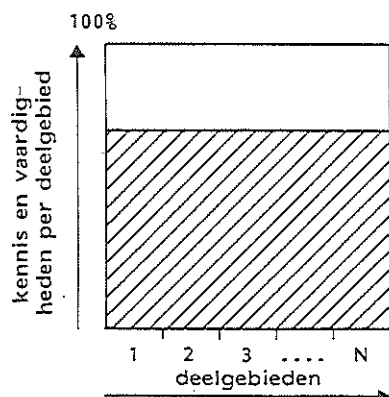
Het ontstaan van de partiële beroepsuitoefening binnen een specialisme wordt onder meer door de volgende factoren bevorderd:

De groei van de medische wetenschap.

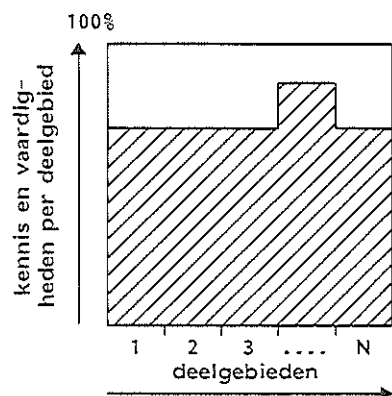
Van Nieuwenhuizen (1968) en Lindeboom (1973) konstateren dat het door de vooruitgang van de geneeskunde voor individuele specialisten



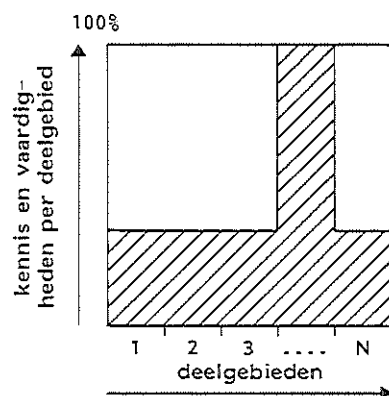
Schema 6.1. integrale uitoefening van het specialisme



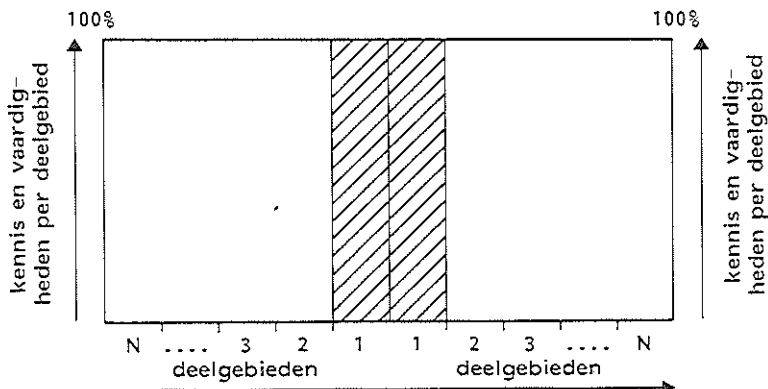
Schema 6.2. generalistische uitoefening van het specialisme: zonder geavanceerde diagnostiek en therapie



Schema 6.3. gemengde beroepsuitoefening: generalistisch met aandachtsgebieden



Schema 6.4. subspecialistische beroepsuitoefening: overwegend op een deelgebied



Schema 6.5. grensoverschrijdende beroepsuitoefening: op gecombineerde/aangrenzende deelgebieden van verschillende specialismen

onmogelijk wordt hun vakgebied integraal te beheersen. (Voor de chirurgische vakken wordt dit verschijnsel o.a. gesignaleerd in het rapport van de Studiecommissie Heelkundige Specialismen, 1972; zie ook: Kuijjer (1977) en Van der Heyde (1979); zie voor interne geneeskunde: Pellegrino (1974); voor de verloskunde en gynaecologie: Drogendijk en Van Hall (1974); voor psychiatrie: Pols (1977) en Romme (1978); voor kindergeneeskunde: Beleidsnota Kindergeneeskunde 1977).

2. Praktijkvoering in samenwerkingsverband.

De groeiende samenwerking van specialisten op eenzelfde afdeling maakt het mogelijk onderlinge afspraken te maken over het verdelen van werkzaamheden. In de vorige paragraaf zijn in de tabellen 6.1 en 6.2 cijfers gepresenteerd die een indruk geven van de omvang van de staf op opleidingsafdelingen. Des te groter de omvang, des te groter de mogelijkheden zullen zijn om tot een onderlinge taakverdeling te komen. De taakverdeling wordt verder in de hand gewerkt door de samenwerkingsovereenkomsten, die specialisten in toenemende mate onderling sluiten teneinde tot een gezamenlijke praktijkvoering te komen. Over deze ontwikkeling, die in het verlengde van de stafvorming op afdelingen ligt, worden voor tien specialismen in tabel 6.3 cijfers gepresenteerd die betrekking hebben op specialisten in niet-akademische ziekenhuizen.

De genoemde factoren werken niet op alle specialismen in gelijke mate in. Tabel 6.3 laat grote verschillen tussen specialismen zien.

Vrijwel alle heelkundigen (94%) in niet-akademische ziekenhuizen functioneren in een samenwerkingsverband, tegen 45% van de oogartsen. Dit betekent dat in de heelkunde de omstandigheden voor het ontstaan van een taakverdeling op een afdeling gunstiger zijn. Voorts heeft de groei van de medische wetenschap op de diverse specialismen een verschillend effect. In specialismen met snelgroeiende deelgebieden zal men eerder van de integrale beroepsoefening afstappen dan elders.

Het is niet precies bekend in hoeverre de partiële beroepsuitoefening inmiddels de integrale beroepsuitoefening in de verschillende specialismen heeft verdrongen. Een kwantitatieve aanwijzing voor de stand van zaken geven de voorstellen die het Centraal College bereiken tot erkenning van een deelgebied als zelfstandig specialisme. Ook voorstellen van wetenschappelijke verenigingen tot het invoeren van een aantekening voor een deelgebied vormen zo'n indicatie. Dergelijke voorstellen zijn tussen 1975

Tabel 6.3 Verdeling van specialisten in niet-akademische ziekenhuizen over verschillende typen praktijkvoering, voor negen specialismen.

Specialisme*	typen praktijkvoering		
	solo- praktijk	tweemans- praktijk	drie- of meermans- praktijk
Heelkunde (N = 272; 1977)	6%	18%	76%
Inwendige Geneeskunde (N = 334; 1976)	20%	18%	62%
Kindergeneeskunde** (N = 176; 1974)	41%	39%	17%
Longziekten en tuberculose (N = 75; 1977)	43%	27%	30%
Verloskunde & gynaecologie (N = 188; 1977)	16%	44%	40%
Urologie (N = 108; 1982)	13%	52%	35%
KNO-heelkunde (N = 156; 1978)	27%	53%	20%
Neurologie (N = 220; 1982)	10%	38%	52%
Oogheelkunde (N = 152; 1977)	55%	26%	19%
Orthopedie (N = 81; 1978)	25%	46%	29%

*) Per specialisme is het jaar van de enquête vermeld, alsmede het aantal personen waarop de gegevens betrekking hebben.

**) 3% onbekend.

Bronnen: 1) NZI-onderzoek behoefteraming medische specialisten.
2) De Roo, 1984 a en b.

en 1979 door diverse wetenschappelijke verenigingen gedaan in het kader van een door het Centraal College geïnitieerde briefwisseling over het uitsplitsen van specialismen en het instellen van een aantekening. De desbetreffende deelgebieden, alsmede de specialismen waardoor de genoemd zijn, zijn opgenomen in tabel 6.4.

Tabel 6.4 Deelgebieden die volgens wetenschappelijke verenigingen voor een aantekening c.q. erkenning in aanmerking zouden kunnen komen.

Specialisme	Deelgebied
Anesthesiologie	intensive care pijnbestrijding neuro-anesthesie cardio-anesthesie
Cardiologie	coronaire angiografie
Heelkunde	heelkunde bij kinderen en pasgeborenen
Radiodiagnostiek	neuro-radiologie vasculaire radiologie pediatrische radiologie echografie beeldvormende isotopen- diagnostiek
Dermatologie	flebologie dermato-allergie dermato-immunologie dermato-pathologie
Longziekten en tuberculose	longchirurgie
Verloskunde & gynaecologie	sexuologie
Pathologische anatomie	klinische cytologie
Bacteriologie	immunologie ziekenhuis-epidemiologie mycologie parasitologie virologie
Psychiatrie	psycho-therapie biologische psychiatrie sociale psychiatrie kinderpsychiatrie

Kwantitatieve gegevens over aandachtsgebieden zijn beschikbaar voor zes specialismen. Voor vier specialismen zijn gegevens ontleend aan de NZI-rapporten over het projekt behoefteteraming medische specialisten. In het kader van het evaluatie-onderzoek is een poging gedaan, gegevens over een negental andere specialismen te verzamelen. De wetenschappelijke verenigingen van deze specialismen werden aangeschreven met het verzoek mee te werken aan een enquête naar de aanwezigheid van aandachtsgebieden

onder hun leden. Er werden zes reacties ontvangen, waarvan twee afwijzend. Van de resterende vier specialismen viel de psychiatrie af omdat hier reeds gegevens in het kader van een ander onderzoek werden verzameld (zie voor de, overigens niet met de NZI-onderzoeken vergelijkbare, resultaten: Schnabel, 1982). Een ander specialisme viel alsnog af, omdat de te onderzoeken populatie onder de gestelde ondergrens van negentig personen bleek te liggen. Als gevolg hiervan werden uiteindelijk alleen de urologen en neurologen geënquêteerd. Aan hen werd eind 1982 een vragenlijst voorgelegd waarin, met het oog op vergelijkbaarheid van gegevens, de vragen zijn aangehouden die in het NZI-project zijn gebruikt.

De gegevens van de eigen enquête en de NZI-gegevens zijn verwerkt in tabel 6.5. De daar vermelde gegevens hebben betrekking op specialisten in niet-akademische ziekenhuizen. Uit de tabel blijkt dat de belangstelling voor een deelgebied varieert van 49.0% bij gynaecologie tot 77.9% bij internisten. Uit de tabel blijkt voorts dat zo'n belangstelling in diverse gevallen gevolgen heeft, in termen van aantallen en soort patiënten. Dergelijke subspecialistische gevolgen treden het minst op bij urologen (23.5%) en het meest bij kinderartsen (41.8%).

Tabel 6.5 Belangstelling voor deelgebieden en gevolgen daarvan voor de beroepsuitoefening bij specialisten in niet-akademische ziekenhuizen.

Specialisme*	specialisten met belangstelling voor één of meer deelgebieden	specialisten waarbij de belangstelling gevolgen heeft voor het aantal en soort patiënten
Inwendige Geneeskunde (1976)	77.9%	35.2%
Kindergeneeskunde (1974)	53.2%	41.8%
KNO-Heelkunde (1978)	62.2%	32.0%
Verloskunde & gyn. (1977)	49.0%	**
Urologie (1982)	66.7%	23.5%
Neurologie (1982)	67.3%	32.7%

* tussen haakjes het jaartal van de enquête, waaraan de cijfers zijn ontleend.

** geen cijfers gepubliceerd

Bronnen: 1) NZI-onderzoek behoefteraming medische specialisten.

2) De Roo 1984 a en b.

De hiervoor beschreven verschuiving in de richting van de partiële uitoefening van specialismen roept verschillende vragen op rond het bestaande

opleidingsbeleid. Momenteel wordt aan het einde van de opleiding beoordeeld of men "geschikt en in staat is het specialisme zelfstandig naar behoren uit te oefenen". Deze formulering moet worden geïnterpreteerd in het licht van het civiel effect van registratie. Door inschrijving in het specialistenregister wordt het mogelijk alle voorkomende werkzaamheden binnen het specialisme door ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars vergoed te krijgen. Bijgevolg dient het einddoel van de opleiding voor een specialisme gericht te zijn op de integrale beroepsuitoefening.

De verschuiving in de richting van de partiële beroepsuitoefening roept echter de vraag op in hoeverre het op de integrale beroepsuitoefening afgestemde einddoel nog kan worden bereikt. Aansluitend rijzen er vragen over de toereikendheid van de inhoud van de opleiding en de beoordeling van de assistent-geneeskundige. Ook rijst er een vraag ten aanzien van de eisen die aan de opleiders mogen worden gesteld. Als de integrale beroepsuitoefening verdwijnt, zijn er dan nog opleiders die het gehele vakgebied beheersen? En zo niet, hoe moet een evenwichtige inhoud van de opleiding dan worden gewaarborgd? In de probleemanalyse wordt op deze vragen nader ingegaan.

6.4 Verschillen in werkzaamheden tussen ziekenhuizen

In de afgelopen jaren is het gezondheidszorgbeleid van de overheid zich in toenemende mate gaan richten op "het bevorderen van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor de gezondheidszorg" (Ministerie van VOMIL 1978b). Daarbij gaat het om twee nauw met elkaar verbonden doeleinden:

- beheersing van de kostenontwikkeling en
- sturing van het aanbod van medische diensten (in termen van aard, omvang, spreiding en samenhang van kwaliteit).

In dit beleid krijgt het beperken van de groei van de intra-murale zorg, met name de specialistische zorg, grote aandacht. De eerste aanzetten voor zo'n beperking zijn te vinden in de uit 1974 daterende Struktuurnota Gezondheidszorg. Daar werd onder meer het voornemen aangekondigd om via de Wet Ziekenhuis Voorzieningen een begin te maken met een planning van regionale en bovenregionale voorzieningen. Als eerste stap ter realisering van dit voornemen werden in 1976 door de overheid maatregelen afgekondigd tot beheersing van de uitbreiding van de functiepakketten van ziekenhuizen. Sindsdien is voor elke uitbreiding toestemming van de

minister nodig. Vervolgens werd in 1979 de bouw, wijziging van bestemming, het in gebruik nemen en het inrichten van gebouwen aan toetsing door de overheid onderworpen (ex artikel 29, eerste lid van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen).

In 1981 introduceerde de overheid normen voor onder meer het functiepakket van verschillende typen ziekenhuizen (de z.g. basis-, centrum- en topziekenhuizen; zie hierover verder Meegdes 1984). Een aantal bijzondere functies is eveneens aan een vergunningenstelsel onderworpen (ex artikel 18 van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen). Hierbij gaat het om de niertransplantatie, nierdialyse, de neonatologie, de nucleaire geneeskunde, de cardio-pulmonale chirurgie, de neurochirurgie, postnataal chromosoomonderzoek en prenatale diagnostiek, hartkatheterisatie, radiotherapie en komputertomografie.

Een meeromvattend wettelijk kader dan de Wet Ziekenhuisvoorzieningen biedt voor de planning van de voorzieningen is te vinden in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg, die in 1982 door het parlement is aangenomen. De tenuitvoerlegging van deze wet is in 1984 door de regering gedeeltelijk opgeschort. De politieke discussie die daarop is ontstaan, laat het streven naar een (boven)regionale opbouw van voorzieningen als beleidsdoel echter onverlet.

Het streven naar zo'n opbouw leidt onder meer tot een taakverdeling tussen ziekenhuizen op basis van de verschillen in voorzieningen. Regionaal tekent dit streven zich duidelijk af als konsekwentie van de lopende beddenreduktie-operatie. In de nota "Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen" (Ministerie van VOMIL, 1983) wordt in dit verband op blz.28 opgemerkt: "Met oog op het kunnen beperken van het aantal afdelingen binnen ziekenhuizen zal veel meer dan thans nauw moeten worden samengewerkt tussen in elkaars nabijheid gelegen vestigingen met het doel elkaars functiepakket aan te vullen".

Een (boven)regionale taakverdeling tussen ziekenhuizen brengt verschillen in werkzaamheden teweeg tussen afdelingen van eenzelfde specialisme. Daarnaast brengt ze een herordening met zich mee van reeds aanwezige, historisch gegroeide verschillen. In beide gevallen geldt dat het opleidingsbeleid van het Centraal College niet op dergelijke verschillen is afgestemd. Het beleid is gebaseerd op de veronderstelling dat een specialisme op een afdeling als regel in de volle omvang wordt uitgeoefend. In het verlengde daarvan wordt de inrichting van de opleiding

in de algemene en bijzondere eisen primair benaderd vanuit de opleidingsafdeling en niet vanuit de inhoud van de opleiding.

In het licht van het hierboven geschetste regeringsbeleid rijst dan de vraag, in hoeverre deze veronderstelling nog juist is. Om hierop een antwoord te vinden, zijn in het kader van het evaluatie-onderzoek de verschillen in werkzaamheden tussen opleidingsafdelingen nader bestudeerd. Historisch gegroeide of weloverwogen tot stand gebrachte verschillen zullen tot uitdrukking komen in het patiëntenbestand, dat wil zeggen de verdeling van de patiënten over de diagnoses of operaties binnen het gebied van het specialisme. De verschillen zullen zich daarbij uitdrukken in een onder- of oververtegenwoordiging van patiënten met bepaalde typen pathologie. Voor een zestal specialismen is de patiëntenbestand op de opleidingsafdelingen op dergelijke onder- of oververtegenwoordigingen onderzocht.

De zes specialismen die in dit deel van het onderzoek zijn betrokken, zijn: inwendige geneeskunde, heekunde, kindergeneeskunde, cardiologie, KNO en plastische chirurgie. Het onderzoek is om financiële redenen tot deze specialismen beperkt gebleven. Financiële overwegingen hebben er tevens toe geleid dat de berekeningen voor de inwendige geneeskunde en de heekunde moesten worden beperkt tot de universitaire opleidingsafdelingen. De specialismen zijn zo gekozen dat snijdende en niet-snijdende vakken gelijkelijk vertegenwoordigd zijn. Voorts omvat de groep drie (qua aantallen specialisten) grote en drie kleinere specialismen. Het deelonderzoek heeft plaatsgevonden aan de hand van door de SMR geregistreerde werkzaamheden op de opleidingsafdelingen over 1983. Voor de drie snijdende specialismen is per opleidingsafdeling bepaald hoe de percentuele verdeling was over operatiegroepen van de in 1983 ontslagen patiënten. Voor de drie niet-snijdende specialismen is een soortgelijke verdeling voor diagnosegroepen gemaakt. De resulterende tabellen zijn opgenomen in bijlage 8.

De tabellen maken het mogelijk empirisch gefundeerde uitspraken te doen over verschillen in het klinische patiëntenbestand van opleidingsafdeling. In het kader van het evaluatie-onderzoek zijn verschillen van belang die een evenwichtige opbouw van de inhoud van de opleiding in de weg staan. Dit zal in de eerste plaats het geval zijn als een bepaalde diagnose- of operatiegroep in het patiëntenbestand van een opleidingsafdeling sterk oververtegenwoordigd is, vergeleken bij het bestand van

de overige afdelingen binnen hetzelfde type opleiding*). Een sprekend voorbeeld van zo'n oververtegenwoordiging is te vinden binnen de A-opleiding kindergeneeskunde. Hier is een ziekenhuis waar de diagnosegroep "nieuwvormingen" 45.9% van het patiëntenbestand beslaat. Voor de andere afdelingen binnen de A-opleiding blijft het vergelijkbare percentage onder de een procent. Ook ten opzichte van de andere typen opleidingen in de kindergeneeskunde is er sprake van een sterke oververtegenwoordiging. In de B-opleiding komt het percentage nergens boven de 2.8% uit, in de U-opleiding niet boven de 18.2%.

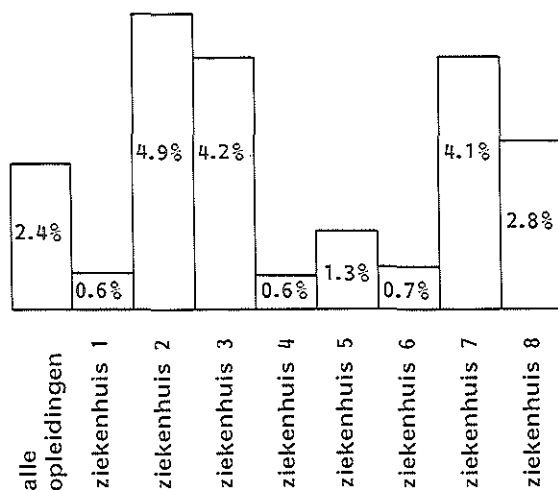
Een tweede voorbeeld van oververtegenwoordiging is te vinden bij de cardiologie. Hier is een afdeling binnen de A-opleiding, waar de diagnosegroep "overige chronische hartziekten" 43.9% van het patiëntenbestand beslaat, terwijl de overige afdelingen niet boven 22.7% uitkomen. Een derde, wat minder uitgesproken geval van oververtegenwoordiging is te vinden bij de plastische chirurgie. Op de afdeling van ziekenhuis vijf is de operatiegroep "operaties van de hand" in het patiëntenbestand met 31.0% aanwezig, tegen 21.8% voor alle opleidingsafdelingen.

De evenwichtige opbouw van de inhoud van een opleiding kan ook bedreigd worden in de gevallen waarin een diagnosegroep op een of meer afdelingen sterk ondervertegenwoordigd of vrijwel geheel afwezig is. Dit verschijnsel laat zich illustreren aan de operatiegroep "operaties van de luchtwegen" en de bijbehorende percentages in het patiëntenbestand op U-opleidingsafdelingen heelkunde. De variatie in percentages is weergegeven in tabel 6.6.

De tabel laat zien dat er drie U-opleidingsafdelingen heelkunde zijn waar de operaties aan de luchtwegen meer dan 4% van het patiëntenbestand beslaan, terwijl dit percentage voor drie andere opleidingsafdelingen

*) De SMR-gegevens zijn gevoelig voor de nauwkeurigheid waarmee binnen ziekenhuizen diagnosen en operaties worden geregistreerd. Voor twee U-opleidingen kindergeneeskunde waren de geregistreerde gegevens zodanig, dat ze na overleg met de SMR buiten de berekeningen zijn gehouden. Beide afdelingen hadden bijzonder grote aantallen geregistreerd onder de categorie V-30 ("levengeborenen"). Meer in het algemeen is voorzichtigheid geboden in de gevallen, waarin onevenredig veel patiënten zijn geregistreerd onder de diagnosegroep "symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden". Hetzelfde geldt voor uitschieters in de percentages voor de categorie "overige" (operaties of diagnosen) in de tabellen van bijlage 8.

Tabel 6.6 Het aandeel van de operatiegroep "operaties van de luchtwegen" in het patiëntenbestand van universitaire opleidingsafdelingen heelkunde in 1983.

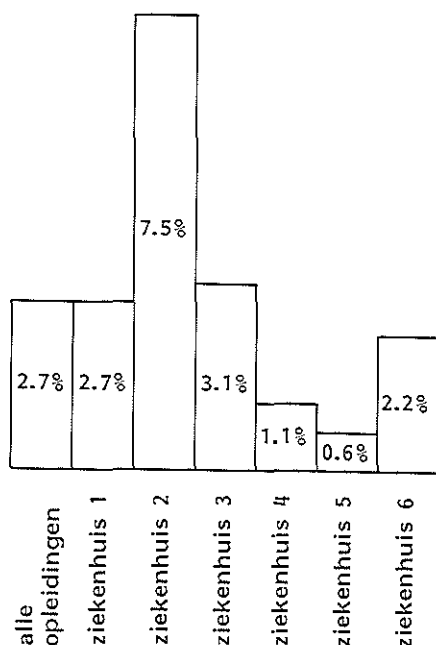


0.6% of minder is. Op de laatste afdelingen zal de assistent derhalve geen ervaring op het betrokken gebied kunnen opdoen.

Een soortgelijk beeld vindt men bij de heelkunde voor de operaties van de nier en de urinewegen. Er is een opleidingsafdeling waar deze operaties 4.9% van het patiëntenbestand uitmaken tegen 0.6% en 0.2% op twee andere afdelingen. Bij de operaties aan de mannelijke geslachtsorganen vindt men soortgelijke verschillen tussen de universitaire opleidingsafdelingen. Tegenover twee afdelingen waar deze operaties 0.4% van het patiëntenbestand uitmaken, staan er vier met 4.2% of meer.

Dergelijke verschillen worden ook bij de andere onderzochte specialismen herhaaldelijk aangetroffen. Op de universitaire opleidingsafdelingen interne geneeskunde varieert het percentage van de diagnosegroep "infektieziekten en parasitaire ziekten" van 1.6% tot 5.0% bij een gemiddelde van 2.8%. Chronisch reumatische hartaandoeningen variëren in de U-opleiding cardiologie van 0.3% tot 5.0% bij een gemiddelde van 1.7%. Operaties aan de neusholten variëren op universitaire KNO-opleidingsafdelingen van 1.9% tot 10.4% bij een gemiddelde van 5.5. Tabel 6.7 geeft verschillen ten aanzien van de operaties aan de mondholte, tong en verhemelte op de diverse opleidingsafdelingen plastische chirurgie.

Tabel 6.7 Het aandeel van de operatiegroep "operaties van mondholte, tong en verhemelte" in het patiëntenbestand van opleidingsafdelingen plastische chirurgie in 1983.



Bovenstaande voorbeelden maken duidelijk dat het patiëntenbestand van opleidingsafdelingen voor eenzelfde specialisme, ook binnen hetzelfde type opleiding, aanzienlijk kan verschillen. Uit de tabellen in bijlage 8 blijkt bovendien dat dergelijke verschillen eerder regel dan uitzondering zijn. Voor een deel zullen ze verklaard kunnen worden uit de specifieke organisatorische omstandigheden binnen het ziekenhuis. Zo zal het aantal operaties van de luchtwegen op heerkundige opleidingsafdelingen kunnen worden beïnvloed door werkafspraken met de longartsen in hetzelfde ziekenhuis. Voor een ander deel zullen de verschillen voortvloeien uit een centrumfunctie van de betrokken afdeling. Op deze wijze kan bijvoorbeeld de gekonstateerde oververtegenwoordiging van de diagnosegroep "nieuwvormingen" in het patiëntenbestand van een A-opleidingsafdeling kindergeneeskunde worden begrepen.

Maar hoe de verschillen ook verklaard kunnen worden, hun aanwezigheid roept het gevaar op dat assistent-geneeskundigen gedurende de opleiding onvoldoende mogelijkheden krijgen om op alle relevante onderdelen van een specialisme routine op te doen. Dat het aanleren van bepaalde hand-

grepen en werkwijzen niet altijd strak aan bepaalde diagnosegroepen is gebonden doet daar weinig aan af. De gesignaleerde variatie in patiëntenmix roept dan ook vragen op rond de onderdelen van het opleidingsbeleid, die een evenwichtige inhoud van de opleiding beogen te realiseren. In de probleemanalyse wordt nader op deze beleidsonderdelen ingegaan, mede tegen de achtergrond van de in deze paragraaf geschetste verschillen tussen opleidingsafdelingen.

6.5 Veranderingen in de programma-opbouw

In paragraaf 6.2 is uiteengezet dat in het verleden specialismen doorgaans in hun volle omvang werden uitgeoefend door solitair werkende specialisten die het gehele vakgebied beheersten. De opleidingstijd werd onder deze omstandigheden als vanzelfsprekend geheel op de afdeling van de opleider doorgebracht. Momenteel is dit niet altijd de normale gang van zaken. De in paragraaf 6.4 besproken verschillen in patiëntenbestand tussen inrichtingen hebben er toe geleid dat sommige opleiders hun assistenten gedurende de opleiding voor enige tijd detacheren op afdelingen buiten het opleidingscircuit. Deze detachering heeft tot doel de assistent-geneeskundige ervaring te laten opdoen op onderdelen van het specialisme die op de opleidingsafdeling onvoldoende aan bod komen. Er zijn geen cijfers beschikbaar over de omvang van de detachering. Maar dat het niet om een te verwaarlozen verschijnsel gaat, kan worden afgeleid uit het feit dat het Centraal College in 1975 overging tot het vaststellen van regels voor detachering.

Een tweede reden voor het spreiden van de opleidingstijd over meer afdelingen geldt voor de interne en heelkundige deelspecialismen. Wie zich in deze vakken wil specialiseren dient het eerste of de eerste twee jaar werkzaam te zijn op een afdeling waar het moederspecialisme wordt uitgeoefend. Met name de B-opleidingsafdelingen voor de heelkunde en inwendige geneeskunde worden voor dit doel gebruikt.

Een derde reden voor het spreiden van de opleiding over verschillende afdelingen hangt samen met de toegenomen complexiteit van de structuur van ziekenhuizen. Vooral in de grotere ziekenhuizen wordt het patiëntenbestand voor diverse specialismen verdeeld over diverse (gesubspecialiseerde) behandelafdelingen. In het opleidingsbeleid heeft dit zijn weerslag gevonden in het z.g. opleidingsschema, een aanhangsel bij de specifieke opleidingseisen waarin de onderdelen van het opleidings-

programma nader worden omschreven. In dit opleidingsschema treft men voorschriften aan betreffende verplichte stages. Hierbij gaat het om perioden van enige maanden, die worden doorgebracht op omschreven afdelingen teneinde te worden opgeleid op een deelgebied van het specialisme. Daarnaast vindt men in het opleidingsschema voorschriften aangaande keuzeperioden. Een keuzeperiode kan worden benut voor het verrichten van enig wetenschappelijk werk. Ook kan deze periode worden gebruikt om stages te lopen op een of meer afdelingen waar men zich bezighoudt met (een onderdeel van) een specialisme dat de bijzondere belangstelling van de assistent-geneeskundige heeft.

In tabel 6.8 is een overzicht gegeven van de tijdsduur van stages, keuzeperioden en vooropleidingen zoals deze in 1979 in de opleidings-schema's waren vastgelegd. De tabel geeft een indruk van de minimale spreiding van de opleiding per specialisme over afdelingen. In de praktijk zal de spreiding groter zijn door de detachering en doordat opleider en assistent kunnen besluiten tot het in de opleiding opnemen van meer stages dan verplicht zijn voorgeschreven.

In de algemene opleidingseisen wordt met de spreiding van de opleidings-tijd over afdelingen geen rekening gehouden. Deze eisen zijn afgestemd op de situatie waarin het opleidingsprogramma zich geheel of grotendeels voltrekt op de afdeling van de opleider. De beoordeling van de assistent ligt in handen van de opleider, ook voor de perioden dat de assistent-geneeskundige op andere afdelingen werkt. Een systematische uitwerking van doel en inhoud van werkzaamheden buiten de opleidingsafdeling wordt zelden in de bijzondere eisen gevonden. De spreiding van de opleiding over verschillende afdelingen roept derhalve vragen op ten aanzien van de onderdelen van het opleidingsbeleid, die betrekking hebben op de inhoud van de opleiding en de beoordeling van de assistent-geneeskundige. In de probleemanalyse wordt op deze vragen teruggekomen.

6.6 Veranderende arbeidsvoorwaarden

In het opleidingsbeleid is voor elk specialisme de opleidingsduur in jaren vastgelegd. Die duur bepaalt samen met de lengte van de werkdag en het totaal aantal op jaarbasis beschikbare werkdagen het volume van de opleidingstijd. De lengte van de werkdag en het totaal aantal werkdagen is in het opleidingsbeleid niet vastgelegd. Er is alleen bepaald dat de werkzaamheden van de assistent-geneeskundige een volle dagtaak moeten omvatten.

Tabel 6.3 De spreiding van de opleiding over verschillende afdelingen per specialisme.

Specialisme ¹⁾	keuzeperiode		verplichte stages		opleiding in ander special.		opleiding in eigen special.		totaal aantal maanden
	maanden	%	maanden	%	maanden	%	maanden	%	
allergologie	6	12.5	-	-	18	37.5	24	50	48
anesthesie	-	-	6	15.5	-	-	33	84.5	39
cardiologie	12*	20	9	15	12**	20	39*	65	60
c.p.chirurgie	12	17	-	-	24	33	36	50	72
dermatologie	-	-	6	12	-	-	42	88	38
gastro-enterologie ²⁾	6	12	-	-	24	50	18	38	48
heelkunde	12	15.5	-	-	-	-	60	84.5	72
inw.geneeskunde	12	20	12	20	-	-	36	60	60
kindergeneeskunde	-	-	24	50	-	-	24	50	48
longziekten	18*	30	6*	10	12	20	24**	40	60
med.microbiologie	12	25	-	-	-	-	36	75	48
neurochirurgie	-	-	-	-	24	33	48	67	72
neurologie	12	25	-	-	12	25	24	50	48
orthopedie	-	-	-	-	24	33	48	67	72
path.anatomie	-	-	3	6	-	-	45	94	48
plast.chirurgie	-	-	-	-	36	50	36	50	72
psychiatrie	12	25	-	-	12	25	24	50	48
radiodiagnostiek	3	6	-	-	3	6	42	88	48
radiotherapie	6*	12	-	-	3	6	39	82	48
reumatologie	-	-	-	-	36	60	24	40	60
revalidatie	-	-	12*	33	-	-	36	67	48
urologie ³⁾	-	-	4.5	6	36	50	31.5	44	72
verloskunde & gyn. ³⁾	-	-	-	-	-	-	60	100	60

Bron: Erkenning & Registratie van Medische Specialisten 1979

*) maximaal

**) minimaal

1) In deze tabel ontbreken de KNO en oogheelkunde omdat deze geen specificatie kennen van programma-onderdelen

2) Keuzeperiode niet vereist

3) De opleiding in het eigen specialisme wordt verplicht gespreid over twee afdelingen.

Het volume van de opleidingstijd is door de jaren heen niet gelijk gebleven. De tijd is voorbij, dat de assistent-geneeskundige nog op zondag met zijn opleider visite liep (Boerema, 1972). Het volume is veranderd onder invloed van de algemene verbeteringen die in de laatste decennia in de arbeidsvoorwaarden van werknemers zijn doorgevoerd (Van Nieuwenhuizen, 1968). De invoering van de vijfdaagse werkweek is een van die verbeteringen. Voor de assistent-geneeskundige heeft ze vooral geleid tot het verminderen van het aantal uren voor diensten. De werklast exclusief diensten tussen 1964 en 1980 gelijk is gebleven met een gemiddelde van ongeveer 56 uur per week (Verreck 1980).

Het volume is voorts teruggelopen onder invloed van de geleidelijke uitbreiding van het aantal vakantiedagen. Alles bij elkaar schatte in 1973 de toenmalige voorzitter van het Centraal College dat sedert het begin van de jaren zestig een vijfjarige opleiding in de praktijk met zo'n tien maanden bekort was (Lindeboom, 1973). Volgens Den Otter (1974:2) zijn de gevolgen van deze bekorting voor de opleiding overigens "in eerste instantie opgeheven doordat de intensiteit van het klinisch werk en de diepgang daarvan veelal zeer zijn toegenomen".

Het is de vraag of deze geruststellende woorden ook nu nog gelden, aangezien de verbetering van de arbeidsvoorwaarden sedert 1974 gestadig is doorgegaan. Bovendien is er een reële kans dat de gemiddelde wekelijkse werktijd van assistenten in de komende jaren verder omlaag gaat aangezien de overheid en de beroepsorganisaties zijn overeengekomen nieuwe specialistenplaatsen te scheppen bij een gelijkblijvend behandelingsvolume. Als gevolg van dit akkoord zal de gemiddelde klinische werklast van specialisten verder omlaag gaan en verwacht mag worden dat voor assistent-geneeskundigen hetzelfde zal gebeuren.

Een teruglopend volume van de opleidingstijd bedreigt vroeg of laat de inhoud en het niveau van de opleidingen. Des te kleiner het volume wordt, des te moeilijker het wordt voldoende praktische werkervaring in de opleiding aan te bieden. Deze moeilijkheden worden nog aangescherpt door de voortdurende groei van de medische wetenschap, die ook op enigerlei wijze in de inhoud van de opleidingen tot uitdrukking zal moeten komen. De verbetering van de arbeidsvoorwaarden roept daarmee o.a. vragen op aangaande de delen van het opleidingsbeleid die betrekking hebben op de einddoelen, de programma-opbouw en de inhoud van de opleidingen. Op deze vragen wordt in de probleemanalyse nader ingegaan.

6.7 Uitbreiding van het takenpakket van de medisch specialist

In het beleid van het Centraal College worden vijf onderdelen van het takenpakket van de medisch specialist onderscheiden:

1. Diagnostiek en/of therapie op het desbetreffende specialistisch gebied;
2. Opbouwen en in stand houden van de arts/patiënt-relatie;
3. Samenwerking met kollega's en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
4. Bijhouden van een medische administratie;
5. Bijhouden van de ontwikkelingen op het vakgebied.

Inmiddels zijn er drie nieuwe onderdelen in het takenpakket tot ontwikkeling gekomen. Het eerste onderdeel omvat organisatorische taken, die verricht moeten worden als gevolg van de stafvorming op afdelingen en de voortschrijdende integratie van de specialisten in de ziekenhuisorganisatie (Van Leeuwen, 1974; Burkens, 1975; Al, 1981; Mur-Veeman, 1981). In het verlengde van deze integratie worden specialisten individueel en groepsgewijs ook steeds meer betrokken in beleidsbepalende processen op de afdeling en op hogere niveaus. Voor de komende jaren zullen de taken op beleids- en organisatiegebied verder toenemen, onder meer als gevolg van de invoering van ziekenhuisbudgettering. Door budgettering komt onder meer de relatie tussen de bedrijfsvoering van het ziekenhuis en de praktijkvoering van de individuele specialist nadrukkelijk ter discussie (Lapré, 1984).

Over de huidige omvang van de taken van specialisten op het gebied van beleid en organisatie geeft bijlage 7 inzicht. Deze bijlage bevat voor acht specialismen een overzicht van de tijd die in niet-akademische ziekenhuizen aan de verschillende onderdelen van het takenpakket wordt besteed. De bijlage is samengesteld op basis van gegevens afkomstig uit de NZI-rapporten over het projekt behoeftebepaling medische specialisten. De tijd, besteed aan organisatorische activiteiten varieert van gemiddeld 60 uur per jaar in de KNO solo-praktijk tot gemiddeld 185 uur in de meermanspraktijk urologie. In de opleiding tot medisch specialist wordt men niet op het vervullen van deze taken voorbereid. In deze lakune wordt ad hoc voorzien door opleidingsinstituten en organisatie-adviesgroepen. Voor het Centraal College rijst dan de vraag of in deze situatie verandering moet worden gebracht door het uitbreiden van de inhoud van

de opleiding tot het taakveld "beleid en organisatie" in de opleiding op te nemen.

Uit de cijfers in bijlage 9 komt nog een tweede onderdeel van het takenpakket van medische specialisten naar voren: het overdragen van kennis aan (ko-)assistenten en verpleegkundigen. Op jaarbasis varieert het gemiddeld aantal bestede uren in de opleidingspraktijken in niet-akademische ziekenhuizen van tachtig uur voor de urologie tot tweehonderd uur voor de gynaecologie. In niet-opleidingspraktijken lopen de cijfers uiteen van tien uur in de drie- of meermans KNO-praktijk tot honderdtwee uur in de pediatrische meermanspraktijk.

Deze cijfers laten zien dat medische specialisten in het kader van hun werkzaamheden met substantiële onderwijstaken worden belast. Hetzelfde geldt voor de assistent-geneeskundige. Deze wordt tijdens zijn opleiding geregeld belast met het begeleiden van ko-assistenten. Daarnaast vervullen senior-assistenten taken bij het opleiden van hun junior-kollega's. Voor het Centraal College rijst dan de vraag of de opleiding zich mede dient uit te strekken tot voorbereiding op het overdragen van kennis.

Deze vraag naar het leren overdragen van kennis klemmt des te meer, omdat ook in de arts-patiënt relatie een duidelijk element van kennis-overdracht aanwezig is en wel in de vorm van voorlichting aan de patiënt. Nu er meer in het algemeen hogere eisen worden gesteld aan de arts-patiënt relatie, wordt ook het vermogen tot het geven van goede voorlichting en informatie steeds prominenter. In een beschouwing over de werkzaamheden van de medische tuchtkolleges merkt De Brauw (op grond van zijn ervaringen als voorzitter van het Centraal Medisch Tuchtkollege) op: "Het is niet genoeg de patiënt weg te zenden met de mededeling dat hij of zij met de gevolgen van de kwaal of ingreep zal moeten leren leven (al is dat op zich beslist geen tuchtrechtelijk vergrijp). Het gaat erom dat inzicht wordt gegeven waarom die gevolgen zo zijn. In heel wat zittingen van tuchtkolleges wordt die taak vervuld door de medische leden. Als de arts over wie is geklaagd zich die moeite had gegeven, was hem de moeite van te moeten verschijnen gespaard gebleven. Ook al zal vermoedelijk worden beslist dat zijn nalaten niet tot een tuchtrechtelijke maatregel zal leiden, een essentieel onderdeel van zijn taak bleef onvervuld" (De Brauw, 1984:1447).

Er mag van worden uitgegaan dat met name op het punt van de patiënten-voorlichting in de komende jaren hogere eisen zullen worden gesteld. Voor een deel zal dit het gevolg zijn van de toenemende aandacht voor verhoging van de kwaliteit van het medisch handelen, waarop hierna wordt ingegaan. Daarnaast ontwikkelt de overheid momenteel een voorwaardenscheppend beleid ten aanzien van de patiëntenvoorlichting. De Nota Patiëntenbeleid uit 1981 noemt als een van de beleidsvoornemens: het bevorderen en invoeren van systematische patiëntenvoorlichting in de gezondheidszorg via de opleiding en nascholing van hulpverleners.

Het derde onderdeel van het takenpakket, dat ontbreekt in de opsomming aan het begin van deze paragraaf, heeft betrekking op de bewaking en bevordering van de kwaliteit van de specialistische beroepsuitoefening. Dit onderwerp heeft al geruime tijd de aandacht van medische beroepsbeoefenaren. In 1974 werd door de Landelijke Specialisten Vereniging de taakgroep Intercollegiale Toetsing ingesteld. Deze kwam in 1976 met een rapport, waarna in 1979 het Centraal Beleidsorgaan voor Intercollegiale Toetsing (CBO) werd opgericht dat zich ten doel stelt: "Het stimuleren en begeleiden van op bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen gerichte activiteiten in de Nederlandse ziekenhuizen" (Landelijke Specialisten Vereniging, 1980). Volgens het jaarverslag van het CBO uit 1981 hadden eind 1980 45 ziekenhuizen zich voor begeleiding van toetsing aangemeld. In 1984 was het CBO actief in 97 ziekenhuizen, terwijl verschillende andere ziekenhuizen grotendeels op eigen kracht activiteiten op het gebied van kwaliteitsbewaking en -bevordering ontplooiden. Ook op wetgevend gebied worden initiatieven genomen, gericht op bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen. Ze zijn terug te vinden in de Wet Voorzieningen Gezondheidszorg en het wetsontwerp Beroepsuitoefening Individuele Gezondheidszorg. Daarnaast ziet ook de KNMG op dit gebied een taak voor zich weggelegd, zoals blijkt uit het in 1980 gepubliceerde rapport "De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening".

De activiteiten van het CBO hebben betrekking op het verbeteren van bestaande en het introduceren van nieuwe instrumenten die door specialisten zelf kunnen worden gebruikt ter verhoging van de kwaliteit van hun werkzaamheden. Dit leidt voor het Centraal College tot de vraag of de inhoud van de opleiding moet worden uitgebreid tot het leren hanteren van dergelijke instrumenten. In de probleemanalyse wordt hierop teruggekomen. De discussie over de kwaliteit heeft nog een ander aspekt. Van

verschillende kanten worden beroepsbeoefenaren gekonfronteerd met de vraag zich naar buiten toe te verantwoorden over de kwaliteit van de werkzaamheden (zie b.v. de in 1980 gepubliceerde "Notitie inzake de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg" van het toenmalige ministerie van VOMIL en het rapport "De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening" van de KNMG). In samenhang met deze algemene vraag werden ook het Centraal College en de opleidingsorganisatie als geheel gekonfronteerd met de vraag zich extern te verantwoorden over de kwaliteit van de opleiding tot medisch specialist.

Het is voor het Centraal College niet eenvoudig om op doeltreffende wijze aan de vraag naar externe verantwoording van de gang van zaken in de opleidingen te voldoen. Binnen de opleidingsorganisatie is de bewaking van de kwaliteit van het verloop en de resultaten van de opleiding in de eerste plaats in handen van de individuele opleider. Den Otter (1974) beschrijft de situatie als volgt: "De opleiding ... wordt van oudsher bovenal gekenmerkt door het grote vertrouwen dat de opleider geniet. Men vertrouwt erop dat hij zijn leerlingen zal voorgaan in een geneeskunde die onvoorwaardelijk het goede voor de patiënt zoekt, die kritisch wetenschappelijk verantwoord is, met zorg om de ethische waarden die daarbij in het geding kunnen komen. En wanneer de assistent een per specialisme vastgestelde periode onder zijn hoede gewerkt heeft, vertrouwt men zonder meer op de juistheid van het oordeel van de opleider wanneer hij verklaart deze nieuwe specialist in staat te achten het specialisme zelfstandig en naar behoren uit te oefenen".

Den Otter merkt vervolgens op, dat in de huidige situatie dit vertrouwen in de opleider wordt aangevuld met controle middels visitatie. Daarbij signaleert hij een verdergaande "vraag naar garantie voor de kwaliteit en een vraag naar de inhoud van de opleiding." In het hierboven vermelde KNMG-rapport over de kwaliteit van de medische beroepsuitoefening wordt daaraan nog een vraag toegevoegd naar de verantwoording van de resultaten van de opleiding. Op deze vragen wordt in de probleemanalyse verder ingegaan.

6.8 Veranderingen in de wijze van kennisoverdracht

De opleiding tot medisch specialist had tot voor kort volledig het karakter van een praktijkopleiding. In de afgelopen jaren heeft het theoretisch onderwijs in de opleiding echter een vaste plaats verworven. Steeds meer opleiders verzorgen theoretisch onderwijs, soms in samenwerking met derden

buiten de kliniek. Uit een eind 1974 gehouden onderzoek onder assistenten in opleiding voor kindergeneeskunde bleek nog dat theoretisch onderwijs slechts in enkele universitaire klinieken werd verzorgd, met een gemiddelde van 2 uur per week (Van Gool, 1976). Van de in 1975 onder-vraagde heelkundige assistenten kreeg 23.8% theoretisch onderwijs, als volgt verdeeld over de verschillende opleidingen: U-opleiding 40,3%, A-opleiding 18,6% en B-opleiding 3,0% (Vereniging van Assistent-Geneeskundigen in de Heelkunde, z.j.). In 1980 volgde reeds 40% van alle assistent-geneeskundigen dergelijk onderwijs (Verreck 1980).

Aanvankelijk was het theoretisch onderwijs geheel een kwestie van initiatieven van afzonderlijke opleiders. Na 1975 is de interesse van de wetenschappelijke verenigingen voor dit onderwerp snel toegenomen. Uit de jaaropgaven van de visitatiekommissies over 1976 en 1977 blijkt dat diverse verenigingen initiatieven ontplooiden ten aanzien van regionale of landelijke coördinatie van theoretisch onderwijs (zie ook Studiecommissie Heelkunde Specialismen 1972 en de Beleidsnota Kinder-geneeskunde 1977). In 1976 werd door de oogheelkunde geëxperimenteerd met de Basic and Clinical Science Course van de Amerikaanse Academy of Ophthalmology, terwijl de radiologen de zogenaamde IRS-basiskursus in de opleiding integreerden. De landelijke "Basiscursus Heelkunde" ging in 1977 van start (Den Otter, 1978). In 1978 werd een cursus in de opleidingseisen voor het specialisme longziekten opgenomen en begon het landelijk theoretisch onderwijs voor anesthesisten (Spierdijk, 1979). Alles bij elkaar was er in 1978 landelijk georganiseerd theoretisch onderwijs voor 20 specialismen (met 80% van de assistenten) in voor-bereiding of uitvoering. Daarbij varieëde de vormgeving van zelfstudie pakketten tot combinaties van voordrachten met zelfstudie (Van der Lugt, 1977; Den Otter, 1979; Spierdijk, 1979). Voorts dient er op te worden gewezen dat in het verlengde van het theoretisch onderwijs ook initia-tieven op gang zijn gekomen om de leereffekten van deze wijze van kennis-overdracht te toetsen.

De opkomst van het theoretisch onderwijs kan worden toegeschreven aan ten minste drie factoren:

1. De groei van de medische wetenschap, waardoor het inzicht in oorzaken van ziekten en afwijkingen sterk is toegenomen. Hierdoor is een bredere theoretische basis voor het diagnostisch en therapeutisch handelen ontstaan en is de behoefte gegroeid deze in de opleiding systematisch over te dragen aan de assistent.

2. Gesignaleerde tekortkomingen in de verwerving van kennis met behulp van de praktische opleiding en zelfstudie. Deze tekortkomingen hangen onder meer samen met de werkbelasting in de praktische opleiding die er herhaaldelijk toe leidt dat onvoldoende tijd wordt besteed aan zelfstudie (Van der Lugt, 1977; Jaarverslag Concilium Internicum 1977; Verreck, 1980). Bovendien kan van de opleider niet meer worden verwacht dat hij zelf beschikt over alle kennis en vaardigheden, die in de opleiding overgedragen dienen te worden.
3. Bij de heelkundige en de interne specialismen bestaat de neiging tot het uiteengroeien van de inhoud van de opleidingen. Basiskursussen in de eerste jaren van de opleiding worden hier mede als middel gezien om dit uiteengroeien tegen te gaan. Ze beogen een gemeenschappelijke kern van klinische en basiskennis in de heelkundige resp. interne opleidingen zeker te stellen (Studiecommissie Heelkundige Specialismen 1972).

Een verdere toename van het theoretisch onderwijs zal in de nabije toekomst worden gestimuleerd door de voortgaande groei van de medische wetenschap. Een rem op de verdere groei vormt de wijze waarop de opleiding tot medisch specialist momenteel wordt gefinancierd. De kosten worden grotendeels gedekt uit inkomsten, voortvloeiend uit behandeling van patiënten door de assistent-geneeskundige. Theoretisch onderwijs in de opleiding gaat ten koste van de tijd die aan de behandeling kan worden besteed en tast zo de financieringsgrondslag van de opleidingen aan. Bij landelijke maatregelen tot beperking van de werktijden, ter bestrijding van werkloosheid onder specialisten, zal dit probleem overigens verdwijnen. Het theoretisch onderwijs kan dan buiten werktijd worden aangeboden. Maar dan blijft nog het probleem, dat de huidige financieringswijze geen ruimte biedt voor het dekken van de kosten van landelijk theoretisch onderwijs.

Bij het beoordelen van toekomstige ontwikkelingen kan tenslotte nog worden gewezen op twee factoren, die met name een landelijke of regionale aanpak van het theoretisch onderwijs zullen bevorderen:

- Om theoretisch onderwijs te verzorgen moet de staf van een afdeling over voldoende kennis beschikken van de betrokken onderwerpen. Onder invloed van de taakverdeling tussen ziekenhuizen en de toenemende subspecialisatie zal het voor een afzonderlijke afdeling moeilijker worden ten aanzien van alle aan de orde te stellen onderwerpen aan deze eis te voldoen. Landelijke of regionale samenwerking met andere afdelingen, waarbij verschillende expertise wordt ingebracht, ligt dan voor de hand.

- Een theoretische opleiding van enige omvang vraagt belangrijke personele, financiële en tijdsinvesteringen. Naarmate de bezuinigingen van de overheid in de komende jaren duidelijker in de gezondheidszorg zullen doorwerken, zal samenwerking uit economisch oogpunt aantrekkelijker worden.

Door de oriëntatie van het opleidingsbeleid op de praktische opleiding ontwikkelt het theoretisch onderwijs zich tot dusverre in een beleids-vakuum. Er ontbreken algemene opleidingseisen die de kwaliteit van dit onderwijs beogen zeker te stellen. Evenmin zijn er opleidingseisen die de toetsing van de leereffekten een duidelijke plaats geven in de procedure voor de beoordeling van de assistent-geneeskundige. De opkomst van het cursorisch onderwijs schept dan ook een behoefte tot aanvulling van diverse onderdelen van het opleidingsbeleid, met name de onderdelen die betrekking hebben op de inhoud van de opleiding, de programma-opbouw en de beoordeling van de assistent-geneeskundige. In de probleemanalyse worden deze punten verder uitgewerkt.

6.9 Het stelsel van geneeskundige opleidingen

De opleiding tot medisch specialist maakt deel uit van een stelsel van geneeskundige opleidingen, waartoe verder de artsenopleiding, de huis-artsenopleiding, de opleiding tot sociaal-geneeskundige en de activiteiten op het gebied van bij- en nascholing behoren. In dit stelsel zijn twee veranderingen waar te nemen waarop in deze paragraaf nader wordt ingegaan. De eerste verandering betreft de kurrikula van de artsenopleiding. De tweede verandering betreft de opbouw van het landelijk systeem van Post-Akademisch Onderwijs Geneeskunde (PAOG). In de tweede helft van de jaren zestig zijn er binnen de artsenopleiding belangrijke programmatische veranderingen op gang gekomen, in combinatie met een bekorting van de studie tot zes jaar. In Utrecht werd het zes-jarig kurrikulum in 1965 ingevoerd, een jaar later startte de Medische Faculteit Rotterdam eveneens met een zesjarig programma en in september 1967 volgden de beide Amsterdamse faculteiten. In 1969 werden in Groningen en Nijmegen soortgelijke kurrikula ingevoerd en Leiden volgde in 1970. Na invoering van deze programma's is het veranderingsproces niet gestopt. De kurrikula "nieuwe stijl" zijn naderhand op basis van opgedane ervaringen in veel gevallen bijgesteld. Als gevolg van de Wet Twee-fasenstructuur zijn opnieuw veranderingen doorgevoerd. Het

doktoraalexamen wordt nu aan het einde van het vierde jaar afgenomen. Bovendien moesten de programma's opnieuw worden bekort, aangezien ze in de meeste gevallen in de praktijk langer waren geworden dan de voorgeschreven zes jaar.

Belangrijke programmatische veranderingen, die zich in de afgelopen vijftien jaar hebben voltrokken, zijn (De Roo, 1971; De Roo & Moen, 1977; De Roo, 1978):

- inhoudelijke veranderingen.

Het aantal vakgebieden in het kurrikulum is geleidelijk toegenomen. Naast de menswetenschappen zijn er ook meer klinische vakken en basisvakken in de opleiding verschenen. Genoemd kunnen worden: medische sociologie, ziekenhuiswetenschappen, sexuologie, geriatrie, immunologie, patho-fysiologie, revalidatie, etc.

- veranderingen in de kurrikulumstructuur.

- a) bekorting van het kurrikulum van zeven tot zes jaar;
- b) invoering van thematisch onderwijs;
- c) invoering van keuzeprogramma's voor of na het kandidaatsexamen.

- veranderingen in de onderwijsvorm.

Een belangrijke verandering is de introductie van het juniorko-assistentenschap in de opleiding en de bekorting van het seniorko-assistentenschap tot een jaar (Reerink, 1971).

- veranderingen in het examensysteem.

Geleidelijk aan heeft zich een strak gereguleerd examensysteem ontwikkeld met een groot aantal in toenemende mate schriftelijk afgenomen tentamens. Schriftelijke tentamens maken op grote schaal gebruik van objectieve studietoetsen.

Naast bovengenoemde veranderingen kan nog worden gewezen op de invloed die het z.g. probleemgerichte onderwijssysteem van de in 1974 begonnen medische opleiding in Maastricht heeft uitgeoefend op de kurrikula van de andere medische faculteiten. In Maastricht wordt het theoretisch onderwijs verzorgd in taakgerichte groepen, waarbij de student kennis verwerft door het bestuderen van thematisch geordende reeksen klinische problemen. De probleem-gerichte didaktiek staat tegenover het didactisch model in de andere fakulteiten, waar disciplinaire kennis systematisch wordt overgedragen in (overwegend) kollegevorm (Tiddens, 1975).

Geleidelijk aan zijn ook in de andere fakulteiten elementen van het

"Maastrichtse model" geïntroduceerd. Bovendien is een Maastrichtse innovatie op het gebied van het praktisch klinisch onderwijs, het z.g. "skills-lab", door verschillende andere medische fakulteiten overgenomen. In het begin van de jaren zeventig ontstond bij het Centraal College de vrees dat de bekorting van de artsenopleiding tot zes jaar zou leiden tot systematische tekortkomingen in het ingangsniveau van de assistent-geneeskundige (Colenbrander, 1974; Lindeboom, 1975). Als gevolg daarvan werd in 1974 overleg op gang gebracht tussen de fakulteiten en de drie Colleges die verantwoordelijk zijn voor de beroepsuitoefening na het artsexamen. Zoals blijkt uit de jaarverslagen van de SRC over 1975 en 1976 begon omstreeks dezelfde periode het aantal gegadigden voor een assistentenplaats in verschillende specialismen de opleidingskapaciteit te overtreffen. Daardoor werd het ingangsniveau van assistenten op twee manieren positief beïnvloed. In de eerste plaats kregen opleiders door het verruimde aanbod van gegadigden meer mogelijkheden hun assistenten te selekteren. In de tweede plaats ontstonden er wachttijden, die de mogelijkheid gaven voorafgaand aan de opleiding ervaring met uiteenlopend medisch werk op te doen.

Over de wachttijden en de wijze waarop deze werden doorgebracht, zijn gegevens beschikbaar waaruit konklusies over hun effecten op het ingangsniveau kunnen worden getrokken. Deze gegevens zijn in 1980 verzameld door de Werkgroep Wachtende Huisartsen. Ze hebben betrekking op personen die in de periode 1977-1979 hun artsexamen behaalden en inmiddels een specialistenopleiding volgden of hadden toegezegd gekregen. Over hun wachttijden zijn gegevens opgenomen in tabel 6.9. Vierenveertig procent had een wachttijd van meer dan twaalf maanden.

Tabel 6.9 De tijd in maanden tussen artsexamen en beroepsopleiding voor afgestudeerden (in de periode 1977-1979) die kozen voor een specialistenopleiding.

Maanden	Mannen	Vrouwen	Totaal	%
0	11	5	16	6
1-3	57	24	81	28
4-6	21	16	37	13
7-9	10	10	20	7
10-12	5	1	6	2
13-18	27	6	33	12
19-24	44	3	47	16
24	39	6	45	16
Totaal	214	51	285	

Bron: Werkgroep Wachtende Huisartsen, 1980.

Uit de enquête bleek dat 12% van de ondervraagden geen medische functie vervulde gedurende de wachttijden. Ruim de helft (55%) deed in die tijd medisch werk, terwijl 33% in het geheel geen werkzaamheden verrichtten. In tabel 6.10 zijn nadere gegevens opgenomen over de wijze waarop de wachttijd werd besteed. Ruim een vijfde besteedde de wachttijd in de lijn van de gekozen opleiding, tien procent deed bewust in een andere richting ervaring op.

Tabel 6.10 Besteding van de wachttijd van afgestudeerden, in de periode 1977-1979, die een specialistenopleiding volgden of zouden gaan volgen.

Besteding in lijn gekozen specialistenopleiding?	Mannen	Vrouwen	Totaal	%
Ja, besteding in lijn met specialisten- opleiding	26	13	39	21.9
Nee, onmogelijk in die richting baan te vinden	6	3	9	5.1
Nee, wilde op ander terrein ervaring opdoen	11	7	18	10.1
Nee, financieel nood- zakelijk baan te nemen	2	1	3	1.7
Militaire dienst vervuld	70	-	70	39.3
Geen baan gehad in die periode	17	11	28	15.7
Andere meningen	6	5	11	6.2
Totaal	138	40	178	100

Bron: Werkgroep Wachttende Huisartsen, 1980

De hier gepresenteerde gegevens maken duidelijk dat de wachttijden in nogal wat gevallen benut worden voor het opdoen van praktische ervaring in de geneeskunde. Dit zal het ingangsniveau ten goede kunnen komen. Samen met de grotere selectiemogelijkheden van de opleider zou dit kunnen verklaren waarom de discussie over het ingangsniveau niet is voortgezet in de tweede helft van de zeventiger jaren en de jaren erna. De huidige teruglopende opleidingscapaciteit geeft ook geen aanleiding

om te verwachten dat de aansluiting tussen de artsopleiding en de beroepsopleiding de komende jaren wel akute problemen voor de opleiding tot medisch specialist zal opleveren. Om deze redenen is de aansluitingsproblematiek in het kader van het evaluatie-onderzoek niet verder bestudeerd.

De tweede ontwikkeling in het stelsel van opleidingen ligt op het vlak van de bij- en nascholing. Reeds lang worden op dit gebied plaatselijk activiteiten ontplooid (Lindeboom, 1971). In het kader van de herstructurering van het hoger onderwijs is de overheid een landelijk gekoördineerde aanpak gaan bevorderen. In 1975 werd daartoe het Overlegorgaan PAOG ingesteld (Voorneman-Hammelburg, 1978). In 1982 zijn voorstellen gepresenteerd voor de organisatiestructuur van het PAOG (Duursma, 1982).

De consequenties van de opkomst van het PAOG voor de specialistenopleidingen liggen op het vlak van de programma-inhoud. De ontwikkeling van een systeem van bij- en nascholing doet de vraag rijzen wat in de specialistenopleidingen en wat in het PAOG inhoudelijk aan de orde zal worden gesteld. Voorts dient de vraag te worden beantwoord of het vanuit didaktisch oogpunt mogelijk en wenselijk is PAOG-kursussen te combineren met theoretisch onderwijs in de specialistenopleidingen (zoals voorgesteld in het eerste interim-rapport van de Commissie PAOG 1976). In de probleemanalyse wordt op deze vragen nader ingegaan.

6.10 De vraag naar deeltijdse opleidingen

Het Centraal College heeft in de algemene opleidingseisen bepaald dat de werkzaamheden van assistent-geneeskundigen tijdens de opleiding een volle dagtaak moeten omvatten. Sedert enige jaren wordt deze bepaling aangevochten door groeperingen die streven naar het realiseren van deeltijdse opleidingen. Een van deze groeperingen is de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA). Centraal in het beleid van deze organisatie staat het streven naar deeltijdse functies en opleidingen (VNVA, 1979). Ze weet zich daarbij gesteund door het emancipatiebeleid van de overheid. Voor de opleiding tot medisch specialist is met name de eerste doelstelling van het onderwijs-emancipatiebeleid van belang: "Het terugdringen van factoren die de keuzevrijheid belemmeren zodat de ontwikkeling van jonge mensen niet wordt beperkt tot traditioneel aan vrouwen of mannen toegekende rollen" (Ministerie van O & W, 1983:11).

In 1972 was twaalf procent van alle medische specialisten van het vrouwelijk geslacht, vijf jaar later was dit getal gestegen tot 12.3% (Poeisz, 1978). Volgens Hermann (1984) houdt dit percentage een ondervertegenwoordiging in. Over de oorzaak daarvan merkt zij onder andere op: "De ondervertegenwoordiging bij specialisten is in de eerste plaats een gevolg van de geringere deelname van vrouwen aan de opleiding. Het feit dat de opleiding een aantal jaren ononderbroken in voltijd werkzaam zijn vereist, is een materiële beperking van de toegankelijkheid" (Hermann, 1984:140).

Voor de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar deeltijdse opleidingen is van belang dat het aantal vrouwelijke studenten in de artsenopleiding stijgt. In het studiejaar 1978-1979 was eenderde van de eerstejaars van het vrouwelijk geslacht (tabel 6.11).

Tabel 6.11 Percentage vrouwelijke studenten in de medische opleiding.

Jaar	percentage	
	eerstejaars	alle ingeschrevenen
1950-1951	19	19
1955-1956	20	19
1960-1961	25	22
1965-1966	22	20
1970-1971	30	22
1971-1972	32	24
1974-1975	30	26
1978-1979	34	29

Bron: C.B.S. 1980

In het verleden heeft het Centraal College verzoeken om part-time opleidingen mogelijk te maken afgewezen (jaarverslagen Centraal College 1970 en 1971). Na consultatie van de wetenschappelijke verenigingen in 1971-1972 en overleg met de SRC werd de VNVA meegedeeld dat "onder bepaalde omstandigheden en van geval tot geval te beoordelen, een gedeelte van de opleiding tot specialist in deeltijdse dagtaak kan worden gevolgd, zij het onder bepaalde voorwaarden: tenminste een halve dagtaak, met een evenredige verlenging van de opleiding, in totaal twaalf maanden en met toestemming van de SRC" (jaarverslag Centraal College, 1973).

De discussie over deeltijdse opleidingen is in de afgelopen jaren in een stroomversnelling geraakt. In 1981 startte een experiment met een

deeltijdse huisartsenopleiding. In 1982 werd de EEG-richtlijn 75/362 EEG gewijzigd, waardoor een deeltijdse specialistenopleiding mogelijk werd. In 1983 aanvaardde de KNMG het rapport van de Commissie Problematiek van de Vrouwelijke Arts, waarin o.a. het realiseren van meer deeltijd-opleidingen wordt aanbevolen.

In 1980 werd de Landelijke Aktiegroep voor Medische Deeltijd Opleiding en -Arbeid (LAMBDOA) opgericht. Deze organisatie werkt niet vanuit een exclusief emancipatiestreven. Ze werpt zich op als de belangenbehartiger van alle mannen en vrouwen die deeltijds willen werken of opgeleid willen worden. Daarmee vertegenwoordigt ze een omvangrijke groep, zoals blijkt uit een in 1980 gehouden onderzoek van de Werkgroep Wachtende Huisartsen. Deze heeft onder meer (in 1977, 1978 en 1979 afgestudeerde) artsen ge-enquêteerd die een opleidingsplaats voor een medisch specialisme toegezegd hadden gekregen of inmiddels aan zo'n opleiding waren begonnen. Aan deze groep werd in 1980 de mening gevraagd over de uitspraak: De beroeps-opleidingen moeten ook part-time kunnen worden gevolgd. De antwoorden zijn opgenomen in tabel 6.12. Vierenvijftig procent vond part-time opleidingen niet nodig, drie-en-veertig procent wel. Op een aansluitende vraag, of men zelf een deeltijdse opleiding zou willen volgen, antwoordde 24% bevestigend. De resultaten van de enquête van de Werkgroep Wachtende Huisartsen komen goed overeen met de gegevens uit de enquête die de L.V.A.G. in 1980 onder arts-assistenten heeft gehouden. Van de respondenten uit deze enquête was 40% van mening dat het wenselijk was part-time opleidingen mogelijk te maken; 59% vond dit niet wenselijk en 1% had op dit punt geen mening.

Tabel 6.12 Mening over de stelling: "De beroepsopleidingen dienen ook part-time te kunnen worden gevolgd." (In percentages en naar geslacht.)

	Mannen (N=243)	Vrouwen (N=80)	Totaal (N=323)
Geheel eens	13	43	20
Overwegend eens	20	30	23
Overwegend oneens	30	20	27
Geheel oneens	33	6	27
Geen mening	4	1	3
Totaal	100%	100%	100%

Bron: Werkgroep Wachtende Huisartsen, 1980.

Uit het bovenstaande blijkt dat er binnen het opleidingsnetwerk een qua omvang niet te verwaarlozen behoefte aan deeltijdse opleidingen bestaat die gesteund wordt door verschillende organisaties. Als het Centraal College in deze vraag wil voorzien dan zal het opleidingsbeleid op verschillende onderdelen moeten worden herzien. Deeltijdse opleidingen raken het opleidingsbeleid op het gebied van de programma-opbouw, maar vereisen ook aangepaste regelingen ten aanzien van de inhoud van de opleiding en de beoordeling. In de probleemanalyse wordt hierop verder ingegaan.

7. INLEIDING OP DE PROBLEEMANALYSE

In hoofdstuk drie is uiteengezet dat het evaluatie-onderzoek zich richt op het vaststellen van diskrepanties tussen de kenmerken van het beleid van het Centraal College en de kenmerken van de omgeving van de opleidingsorganisatie. Aansluitend worden voorstellen uitgewerkt om die diskrepanties te verkleinen of op te heffen.

In hoofdstuk vier zijn de structuur en de inhoud van het huidige beleid beschreven. In hoofdstuk zes is besproken welke voor het beleid relevante veranderingen gekonstateerd kunnen worden in de omgevingskenmerken van de opleidingsorganisatie. Daarbij is de aandacht gericht op duurzame veranderingen in de structuur en het beleid van organisaties die gerekend kunnen worden tot het opleidingsnetwerk.

In hoofdstuk zes is tevens aangegeven voor welke beleidsonderdelen de geschetste veranderingen gevolgen (kunnen) hebben. Een samenvattend overzicht is te vinden in schema 7.1. Hieruit valt af te lezen welke veranderingen besproken zijn en welke onderdelen van het beleid erdoor ter discussie staan. Dit overzicht kan beschouwd worden als startpunt voor de hierna te presenteren probleemanalyse. Daarin worden per beleids-onderdeel de aanwezige diskrepanties met de omgevingskenmerken nader uitgewerkt.

De probleemanalyse omvat de volgende elementen:

- a. een beschrijving van de huidige inhoud van het betrokken beleids-onderdeel;
- b. een beschrijving van de omgevingskenmerken waarop dit beleids-onderdeel is afgestemd;
- c. een karakterisering van de veranderingen in de onder b bedoelde omgevingskenmerken, onder verwijzing naar de gegevens in hoofdstuk zes;
- d. een kwalitatieve omschrijving van de diskrepanties tussen beleid en omgevingskenmerken;
- e. een schets van de feitelijke en/of mogelijke negatieve gevolgen van die diskrepanties voor het verloop of de resultaten van het opleidingsproces;
- f. een beschrijving van activiteiten van groepen of organisaties, gericht op het verkleinen of opheffen van de diskrepanties.

In de probleemanalyse is zoveel mogelijk gepoogd het betoog zo op te bouwen dat de punten a t/m f achtereenvolgens aan de orde komen. Terwille van de leesbaarheid van het betoog is deze volgorde echter niet steeds strikt aangehouden. Bovendien is terwille van de overzichtelijkheid besloten de voorstellen voor het opheffen of verkleinen van de diskrepancies samen met de probleemanalyse te presenteren en te bespreken. De voorstellen zijn geformuleerd in termen van aanbevelingen die in een latere fase in konkrete aanvullingen of wijzigingen van het beleid zullen moeten worden uitgewerkt. Dit laatste heeft echter pas zin als de gedachtenvorming in het opleidingsnetwerk over de diskrepancies uitmondt in een daadwerkelijke bereidheid tot het aanbrengen van de voorgestelde wijzigingen in het beleid. In dit verband is het van belang er nogmaals op te wijzen dat de primaire functie van het evaluatie-onderzoek is gelegen in het bijdragen tot de gedachtenvorming over de aard van de opleidingsproblematiek. Of de aangeboden voorstellen tot beleidswijziging uiteindelijk overgenomen zullen worden door het Centraal College hangt af van de oordeelsvorming bij de participanten in het netwerk over de ernst van de gevolgen van het voortduren van een gesignaleerde diskrepancie en over de wenselijkheid c.q. realiseerbaarheid van de aangeboden oplossingen.

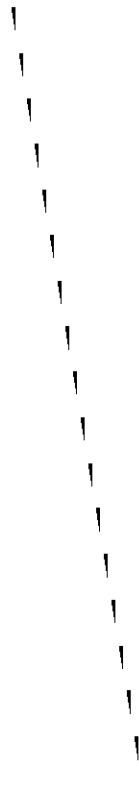
In de probleemanalyse wordt naast gegevens en analyses een toelichting op de voorgestelde beleidswijzigingen gegeven, die dient om oordeelsvorming te bevorderen over hun realiseerbaarheid. Daartoe wordt in de toelichting bij elk voorstel ingegaan op een of meer van de volgende punten:

- 1) de personele, materiële en organisatorische middelen die voor de realisering van een voorstel vereist zijn. Des te omvangrijker de te investeren middelen zijn, des te meer weerstand het voorstel zal oproepen.
- 2) de mogelijkheden van het Centraal College om een voorstel zelf te realiseren. Sommige voorstellen kunnen door het College zelf worden gerealiseerd, al dan niet in samenspraak met de beroepsorganisaties. Andere voorstellen vereisen de instemming c.q. medewerking van andere organisaties in het netwerk. Naarmate de afhankelijkheid van deze organisaties groter wordt, zullen de voorstellen moeilijker te realiseren zijn.

- 3) de gevolgen voor een voorstel voor de structuur van de opleidingsorganisatie. Hierbij zal de aandacht worden gericht op veranderingen die een voorstel teweegbrengen in de verdeling van taken tussen Centraal College, S.R.C. en de opleiders. Verwacht mag worden dat zulke veranderingen binnen het opleidingsnetwerk weerstand zullen oproepen;
- 4) de mate waarin een voorstel aansluit op opvattingen in het opleidingsnetwerk. Naarmate een voorstel beter aansluit op zulke opvattingen zal het eenvoudiger zijn de veranderingen ingang te doen vinden;
- 5) effecten van een voorstel op de doeltreffendheid en doelmatigheid van het opleidingsproces. Een voorstel wordt aantrekkelijker naarmate meer positieve effecten worden verwacht.

Schema 7.1 Veranderingen in omgevingskenmerken en de beleidsonderdelen waarvoor ze gevolgen hebben

	BELEIDSONDERDELEN				
	algemene opleidingsdoelen	eisen aan opleiders en opleidingsinrichtingen	eisen aan de inhoud van de opleiding	eisen aan de programma-opbouw	eisen aan de beoordeling
OMGEVINGSKENMERKEN					
stafvorming op ziekenhuisafdelingen		x	x		x
opkomst partiële beroepsuitoefening	x	x	x		x
verdeling van taken tussen ziekenhuizen		x	x	x	x
differentiatie van ziekenhuisafdelingen			x		x
veranderde arbeidsvoorwaarden	x		x		
uitbreiding takenpakket specialist			x		
opkomst theoretisch onderwijs			x	x	x
veranderingen in het stelsel van geneeskundige opleidingen			x		
vraag naar deeltijdse opleidingen			x	x	x



8 DE AANSLUITING VAN DE OPLEIDINGEN OP DE BEROEPSUITOEFENING

8.1 Einddoel en inhoud van de opleiding

Het Centraal College streeft naar het realiseren en in stand houden van opleidingen die voorbereiden op de uitoefening van erkende specialismen. Aan het einde van zo'n opleiding dient men "geschikt en in staat" te zijn het desbetreffende specialisme "zelfstandig naar behoren" uit te oefenen (zie bijlage 3). Dit einddoel moet worden geïnterpreteerd in het licht van het z.g. civiel effect (de maatschappelijke gevolgen) dat is verbonden aan inschrijving in het specialistenregister. Op grond van een regeling tussen de K.N.M.G. en de ziekenfondsen - waarbij de ziektekostenverzekeraars zich hebben aangesloten - kan een ingeschreven specialist alle werkzaamheden op zijn vakgebied bij de twee laatstgenoemde groepen deklarereren (Van der Mijn, 1982). Dit betekent dat door inschrijving de mogelijkheid tot volledige uitoefening van het desbetreffende specialisme wordt verkregen. Deze mogelijkheid dient te worden waargemaakt door de bekwaamheden die in de opleiding worden verworven. Dit betekent dat het einddoel van de opleiding is gelegen in een volledige beheersing van het desbetreffende vakgebied. Uit dit einddoel vloeit voort dat de inhoud van de opleiding het gehele vakgebied zal moeten bestrijken.

De vooruitgang van de medische wetenschap leidt tot het vervangen en toenemen van kennis en vaardigheden op het gebied van diagnostiek en therapie (zie voor een overzicht van dit proces op het gebied van de heelkunde: Muller, 1977 en Eeftinck Schattenkerk, 1977; idem op het gebied van de interne specialismen: Mandema, 1981). Als gevolg daarvan verandert de inhoud van het vakgebied van de medisch specialist. Het breidt zich bovendien uit, zij het dat dit laatste niet voor elk specialisme even snel gaat. Voorts is er sprake van een uitbreiding van andere onderdelen van het takenpakket van de medisch specialist (zie hiervoor verder de paragrafen 6.7 en 9.3).

Om de aan registratie verbonden mogelijkheden tot beroepsuitoefening te blijven waarmaken zal de inhoud van de opleiding steeds op overeenkomstige wijze moeten worden uitgebreid. Dit zal in eerste instantie dienen te gebeuren binnen het beschikbare volume aan opleidingstijd. In de gevallen waarin dit volume geen ruimte biedt voor verdere uitbreiding zullen andere oplossingen moeten worden gezocht.

Het bestaande opleidingsbeleid biedt het Centraal College twee typen oplossingen. In de eerste plaats kan het tijdsvolume door verlenging van de voorgeschreven opleidingstijd worden vergroot. In de tweede plaats kan door erkenning van een nieuw specialisme een onderdeel van een bestaand specialisme worden afgesplitst en in een eigen opleiding worden ondergebracht. Beide oplossingen zijn in het verleden herhaaldelijk gehanteerd. De lengte van de opleidingen, in 1932 op drie jaar gesteld, bedraagt momenteel vier tot zes jaar. Het aantal erkende specialismen nam toe van rond 20 in 1932 tot 28 in 1984.

8.2 De huidige situatie

Terwijl de kennis en vaardigheden op medisch gebied en het takenpakket van de medisch specialist zich uitbreiden neemt het beschikbare volume van de opleidingstijd af. In paragraaf 6.6 is uiteengezet dat dit het gevolg is van veranderingen die zich in de afgelopen decennia in de arbeidsvoorwaarden hebben voorgedaan. Voor de toekomstige ontwikkeling van het volume is van belang dat diverse beroepsorganisaties en de LVAG streven naar verkorting van de werktijden met het oog op een verruiming van de werkgelegenheid. Eind maart 1984 heeft de Tweede Kamer een motie aangenomen waarin bekorting van de werktijden van specialisten en assistent-geneeskundigen wordt bepleit. Daarna zijn de overheid en de LSV eind 1984 overeengekomen nieuwe specialistenplaatsen te scheppen bij een gelijkblijvend verrichtingenniveau. Voor zover de werktijden per dag of per week de opleidingsduur bepalen, zal deze bekorting leiden tot een mogelijk drastische verkleining van de beschikbare tijdsvolume. De gemiddelde werklast van de assistent-geneeskundige lag in 1980 rond de 63,5 uur per week, inclusief diensten en exclusief zelfstudie buiten werktijd (Verreck, 1980). Invoering van een veertigurige werkweek zou dan een daling met ruim 35% betekenen.

De daling van het volume van de opleidingstijd heeft er in de afgelopen jaren toe geleid dat nogal wat wetenschappelijke verenigingen het Centraal College hebben laten weten dat zij de inhoud van de opleiding niet meer op toereikende wijze in de opleiding tot uitdrukking kunnen brengen. Deze mededelingen gingen doorgaans gepaard met voorstellen om de opleiding te verlengen. Zo maakten in 1977 de deelnemers aan het Interconcliair Convent van de interne specialismen in een brief aan het College kenbaar dat de duur van de opleidingen in de interne geneeskunde

en de daarvan afgeleide deelspecialismen van vijf op zes jaar zou moeten worden gebracht. In 1982 deelde de gynaecologen mee eveneens een verlenging van de opleiding tot zes jaar te wensen. In 1983 diende de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie een nieuw opleidingsschema in dat verlenging van de opleiding met een jaar impliceerde. Ook de neurologen stelden in 1983 een verlenging van de opleiding met een jaar voor. Een ander type oplossing werd in 1973 door de longartsen uitgewerkt. Zij wilden de in de bijzondere eisen voorgeschreven vooropleiding in de algemene inwendige geneeskunde inkorten om zo meer tijd te krijgen voor de specifieke opleiding tot longarts (Jaarverslag Centraal College 1973). De urologen volgden deze variant door in 1982 de vooropleiding in de algemene heekunde van drie naar twee jaar terug te brengen. Medio 1985 waren er bij het Centraal College aanvragen voor verlenging in behandeling voor negen specialismen: cardiologie, gastro-enterologie, inwendige geneeskundige, KNO-heelkunde, longziekten en tuberculose, radio-diagnostiek, radiotherapie, reumatologie en verloskunde & gynaecologie. Een opvallend kenmerk van de reacties van de wetenschappelijke verenigingen is dat zij niet met een voorstel kwamen tot opsplitsing van de bestaande specialismen. De achtergrond hiervan is dat binnen de wetenschappelijke verenigingen veel weerstanden bestaan tegen het erkennen van nieuwe specialismen. Deze worden voor een deel opgeroepen doordat het erkennen van een nieuw specialisme verlies aan arbeidsterrein betekent voor een of meer bestaande specialismen. De weerstanden komen tevens voort uit bezorgdheid, namelijk dat door de verdergaande opdeling van de beroepsuitoefening de samenwerking tussen verschillend opgeleide specialisten steeds moeilijker wordt. Beide punten laten zich illustreren met een citaat uit de konklusies van de studiekommissie die zich boog over de relatie tussen de interne geneeskunde en de interne deelspecialismen. De commissie kwam met aanbevelingen "om te bereiken dat de werkers uit de groep inwendige geneeskunde ook in de toekomst elkaars werk en denkwijze blijven kennen en om samenwerking te bevorderen en mogelijkheden tot concurrentie zoveel mogelijk uit te bannen" (Studiekommissie Inwendige Geneeskunde 1967:1049).

De opstelling van de wetenschappelijke verenigingen leidt er toe dat het Centraal College de erkenning van nieuwe specialismen niet onbelemmerd kan gebruiken teneinde te waarborgen dat de inhoud van een opleiding de inhoud van het vakgebied volledig dekt. Anderzijds kan het Centraal

College door gebrek aan medewerking van de overheid evenmin vrijelijk gebruik maken van de mogelijkheid tot verlenging van opleidingen. "Tegen verlenging van de opleidingsduur bestaan bij de ministeries van Onderwijs en Wetenschappen en van Volksgezondheid in het algemeen ernstige bezwaren" (Lindeboom, 1973:168).

Deze opstelling van de overheid wordt onder meer ingegeven door het beleid op EEG-niveau. De Europese Commissie streeft naar harmonisatie van de voorschriften voor de opleiding tot medisch specialist in de Gemeenschap. In vergelijking tot andere landen in de E.E.G. zijn de Nederlandse opleidingen doorgaans lang. Een verdere verlenging van de opleidingen, uitgezonderd de kortstduurende, laat zich met dit harmonisatiestreven niet goed verenigen (Van Nieuwenhuizen, 1973). In 1964 onthield de minister van Onderwijs zijn goedkeuring aan een besluit de opleidingen in de pathologische anatomie op vijf jaar te brengen, hoewel hij in 1983 alsnog met zo'n verlenging akkoord ging. In 1978 ging de minister ook akkoord met een verlenging van de opleiding medische micro-biologie van drie tot vier jaar, maar dat was in de eerste plaats omdat de E.E.G.-richtlijnen een minimale lengte van vier jaar voorschreven.

Een tweede reden voor het gebrek aan medewerking van de overheid vloeit voort uit financiële overwegingen. In zijn toespraak ter gelegenheid van het derde lustrum van het Centraal College wees de toenmalige staatssecretaris Klein er op, dat het ministerie onder meer streeft naar beheersing van de opleidingskosten in het wetenschappelijk onderwijs en dat in dit licht "een verdere verlenging van de duur van de studie voor de opleiding tot medisch specialist op overwegende bezwaren zou stuiten" (Centraal College, 1976:2). Dit leidde er onder andere toe dat een in 1978 genomen besluit de anesthesiologie-opleiding te verlengen van 3,5 naar 4,5 jaar pas in 1980 effectief werd, omdat de minister van O & W eerst meer wilde weten over de logistieke gevolgen van deze maatregel. In 1984 bleek de minister bezwaar te maken tegen langere opleidingen kindergeneeskunde en neurologie vanwege het ontbreken van een berekening van de financiële gevolgen.

De terughoudendheid van de overheid ten aanzien van langere opleidingen wordt door nog een derde omstandigheid gevoed. Het beleid is gericht op het stimuleren van de ontwikkeling van post-akademisch onderwijs. Dit onderwijs schept in beginsel de mogelijkheid bepaalde onderdelen van een

specialistisch vakgebied buiten de opleiding tot medisch specialist aan te bieden. De druk op het tijdsvolume van de opleiding kan op deze wijze - althans gedeeltelijk - worden weggenomen.

8.3 De diskrepantie

De in de voorafgaande twee paragrafen geschetste situatie komt op het volgende neer. Het civiel effect van de registratie en het daaruit voortvloeiende einddoel van de opleiding vereisen dat de inhoud van een opleiding het gehele vakgebied van een specialisme bestrijkt. Wetenschappelijke verenigingen ondervinden in toenemende mate moeilijkheden om aan deze eis te voldoen. De moeilijkheden zijn het gevolg van een voortdurend afnemend volume aan opleidingstijd, van de doorlopende vooruitgang van de medische wetenschap en van de noodzaak, in de opleiding steeds meer aandacht te besteden aan de voorbereiding van de assistent-geneeskundige op werkzaamheden ten aanzien van de andere onderdelen van het takenpakket van de medisch specialist. In het opleidingsbeleid zijn twee mogelijkheden ingebouwd om te verzekeren dat ook onder de geschetste omstandigheden de inhoud en het einddoel van de opleiding op elkaar afgestemd blijven. Verlenging van de opleiding schept ruimte voor uitbreiding van de inhoud. Het erkennen van nieuwe specialismen lost het ruimteprobleem op doordat delen van bestaande opleidingen geheel of gedeeltelijk kunnen verhuizen naar de opleiding voor het nieuwe specialisme.

Er zijn echter twee omgevingskenmerken (het beleid van de overheid en de opstelling van de wetenschappelijke verenigingen) die het regelmatige gebruik van deze mogelijkheden door het Centraal College belemmeren. Hierdoor ontstaat er een diskrepantie tussen het beleid van het Centraal College en twee andere omgevingskenmerken: de groei van de medische wetenschap en de teruglopende werklast van specialisten en assistent-geneeskundigen. De in het beleid ingebouwde mogelijkheden om inhoud en einddoel van de opleiding met elkaar in overeenstemming te houden, schieten daardoor tekort.

Het gevolg van de diskrepantie is een groeiende kloof tussen de inhoud van de opleiding en de kennis en vaardigheden, nodig voor de latere beroepsuitoefening. De inspanningen die de wetenschappelijke verenigingen zich getroosten om tot verlenging van de opleidingen te komen, kunnen als

een indikator worden beschouwd van de wijze waarop zij die kloof waarnemen. Die inspanningen zijn omvangrijk en rechtvaardigen alleen al daardoor een poging om in het kader van het evaluatie-onderzoek voorstellen te ontwikkelen die de diskrepantie kunnen verkleinen of opheffen.

8.4 Een tweede diskrepantie

De hiervoor besproken mogelijkheden om de inhoud en het einddoel van de opleiding op elkaar af te stemmen veronderstellen een vaststaand einddoel waaraan de inhoud van de opleiding moet worden aangepast. Er zijn ook redenen om te overwegen de afstemming te bereiken door het einddoel aan te passen aan de inhoud van een opleiding. Zo is uit het omgevingsonderzoek naar voren gekomen dat het vakgebied van verscheidene specialismen redelijkerwijs niet meer volledig door een individuele specialist kan worden beheerst. In paragraaf 6.3 is uiteengezet dat de omvang van het vakgebied van verschillende specialismen de individuele capaciteiten te boven gaat.

Een - niet eerder besproken - verwante reden is dat van sommige ingewikkelde verrichtingen de landelijke frekwentie zo laag is dat niet iedere assistent-geneeskundige (of specialist) de kans krijgt zich daarin te bekwamen. Zo komt bijvoorbeeld de KNO-arts Feenstra (1978:671) in zijn oratie tot de konklusie dat stapedectomieën door een beperkt aantal KNO-artsen moet worden verricht "indien men de risico's en kansen op succes voor de patiënten acceptabel wil laten zijn". Een soortgelijk probleem doet zich in de niet-snijdende specialismen voor t.a.v. sommige diagnostische verrichtingen (bijv. de angiografie in de cardiologie-opleiding).

Het bovenstaande betekent dat er een diskrepantie is tussen het einddoel van de opleiding en de wijze waarop specialismen in werkelijkheid (kunnen) worden uitgeoefend. In het opleidingsbeleid wordt verondersteld dat men aan het einde van de opleiding het volledige specialisme kan uitoefenen. In werkelijkheid is de omvang van het vakgebied van verscheidene specialismen te groot of de landelijke frekwentie van bepaalde werkzaamheden te laag om überhaupt nog aan de realisering van dit einddoel te kunnen toekomen. Waar deze diskrepantie zich voordoet leidt ze er toe dat de door registratie verkregen mogelijkheden de tijdens de opleiding verworven bekwaamheden overtreffen. De opleiding

schiet dan tekort in de voorbereiding op de beroepsuitoefening (evenals dat het geval is bij de in de vorige paragraaf besproken diskrepantie). Vastgesteld kan worden dat men zich binnen het opleidingsnetwerk al jaren op grote schaal zorgen maakt over deze diskrepantie. Deze zorg komt duidelijk tot uiting in de discussie binnen het opleidingsnetwerk over de aantekening. In januari 1975 vroeg het Centraal College de wetenschappelijke verenigingen hun mening over het uitsplitsen van specialismen en het instellen van een aantekening. In aansluiting hierop zond het Centraal College in mei 1977 een brief, waarin de verenigingen werden verzocht hun mening over differentiatie van opleidingen en de aantekening opnieuw vast te leggen. Het patroon van de reacties geeft aanwijzingen over de problemen die de desbetreffende verenigingen ervaren bij het afstemmen van de inhoud van hun opleiding op de beroepsuitoefening. Zeven (overwegend kleinere) specialismen gaven te kennen geen behoefte te hebben om nu of in de nabije toekomst tot een aantekening of gedifferentieerde opleiding over te gaan. Deze specialismen waren:

- longziekten en tuberculose;
- orthopedie;
- pathologische anatomie;
- plastische chirurgie;
- revalidatie;
- oogheelkunde;
- neurochirurgie.

Zes specialismen reageerden niet op de brieven van het Centraal College (allergologie, gastro-enterologie, KNO, klinische chemie, psychiatrie en reumatologie). De resterende vijftien specialismen reageerden positief op het idee van de differentiatie of de aantekening. Acht daarvan noemden in dit verband één of meer konkrete onderdelen van hun vakgebied.

8.5 Mogelijke oplossingen

De twee besproken diskrepancies leiden er beide toe dat specialisten tijdens hun opleiding onvoldoende op hun beroepsuitoefening worden voorbereid. Dit tast het stelsel van erkenning en registratie in de kern aan. Een hoofddoelstelling van dit stelsel is immers het scheppen van garanties voor een optimale voorbereiding op de zelfstandige beroepsuitoefening.

Onder de bestaande omstandigheden kunnen deze garanties niet zonder meer gegeven worden. En naarmate de groei van de medische wetenschap toeneemt zullen de garanties steeds verder worden uitgehoud.

Het Centraal College heeft bij het voeren van zijn beleid te maken met een grote verscheidenheid aan specialismen. Die verscheidenheid leidt er onder meer toe dat het probleem van de toereikendheid van de opleiding in sommige specialismen sterk wordt gevoeld en in andere nauwelijks of niet. Ze leidt er verder toe dat het verlengen van de opleiding voor sommige specialismen (nog wel) een realiseerbare oplossing is en dat andere specialismen bereid zijn mee te werken aan de erkenning van onderdelen van hun vakgebied als nieuw specialisme.

Maar diezelfde verscheidenheid leidt er ook toe dat er specialismen zijn waar erkenning of verlenging geen oplossing biedt. Het vraagstuk van het zich bekwaamen in werkzaamheden met een lage landelijke frekwentie kan niet met zulke maatregelen worden opgelost. Hetzelfde geldt voor de gevallen waarin als reactie op een te grote omvang van het vakgebied een verschuiving naar de partiële beroepsuitoefening is ontstaan. De meeste typen partiële beroepsuitoefening beperken zich niet tot een deelgebied van het specialisme. Ze bestrijken alle onderdelen met zekere diepgang, al dan niet in combinatie met een grotere diepgang op een aandachtsgebied (zie paragraaf 6.3). Opsplitsing van het vakgebied in twee of meer nieuwe specialismen biedt dan geen oplossing. Een verlenging is evenmin zinvol, als de omvang van het vakgebied te groot is geworden om door een individueel specialist volledig beheerst te worden.

In de gevallen waarin verlenging of erkenning niet haalbaar is (eerste diskrepantie) of niet tot een oplossing leidt (tweede diskrepantie), zijn er nog andere mogelijkheden denkbaar om tot een toereikende voorbereiding op de beroepsuitoefening te komen. Deze mogelijkheden zijn reeds aangestipt bij de bespreking van de reacties in het opleidingsnetwerk op de tweede diskrepantie. Ze komen neer op een opleiding waarvan het ene deel leidt tot een beperkte beheersing van het gehele specialisme en het tweede deel een nadere voorbereiding op omschreven werkzaamheden binnen het betrokken vakgebied geeft. Het tweede gedeelte kan worden aangeboden in de vorm van differentiatierichtingen binnen bestaande opleidingen. Ze kan ook worden aangeboden in de vorm van een aanvullende opleiding na de registratie. Het idee van differentiatie is onder meer bepleit in de Beleidsnota Kindergeneeskunde (1977). In het rapport van

de Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen (1981:77) wordt gepleit voor het andere alternatief: "De inhoud van iedere specialistenopleiding dient geconcentreerd te blijven op het algemene specialisme, dat wil zeggen op de opleiding tot de zogenaamde modale specialist. Het verwerven van bijzondere specialistische kennis en vaardigheden, de subspecialisatie, moet in een latere fase plaatsvinden."

Het tekortschieten van de bestaande mogelijkheden om een toereikende voorbereiding zeker te stellen, betekent niet dat ze door andere vervangen moeten worden. De bestaande mogelijkheden moeten zodanig worden uitgebreid dat onder alle aanwezige omstandigheden een toereikende voorbereiding op de beroepsuitoefening kan worden geboden.

Daarom wordt voorgesteld dat het Centraal College:

1. wetenschappelijke verenigingen, die daartoe de wens te kennen geven, in staat stelt de opleiding voor hun specialisme te differentiëren;
2. een stelsel ontwikkelt van aanvullende opleidingen na registratie, waarvan gebruik gemaakt kan worden door de wetenschappelijke verenigingen die daartoe de wens te kennen geven.

ad 1.

Een gedifferentieerde opleiding heeft een programma-opbouw, waarbij een gemeenschappelijk kernkurrikulum wordt gekombineerd met afstudeer- of differentiatierichtingen. Het kernkurrikulum biedt een voorbereiding op werkzaamheden op alle onderdelen van het erkende specialisme. De differentiatierichting geeft een diepgaande voorbereiding op werkzaamheden op een meer begrepsd werkterrein, binnen dat specialisme of op het raakvlak met andere specialismen. Differentiatierichtingen kunnen worden ingesteld voor elk type partiële beroepsuitoefening binnen specialismen. Voor wie het specialisme op alle onderdelen - maar zonder geavanceerde diagnostiek en therapie - wil uitoefenen, kan een generalistische variant worden aangeboden.

Differentiatierichtingen onderscheiden zich principieel van keuzeonderdelen door een nadrukkelijke beroepsoriëntatie. Keuzeprogramma's worden aangeboden om bijzondere interesses van de assistent te bevredigen, niet om de opleiding op een bepaald type beroepsuitoefening

te laten aansluiten. De omvang van de bestaande keuze-onderdelen is als regel dan ook beperkt tot drie à zes maanden (zie paragraaf 6.5). Zo'n periode zal in het algemeen te kort zijn voor een specifieke beroeps-oriëntatie.

Teneinde differentiatie mogelijk te maken moet het bestaande einddoel van de opleiding worden aangepast. Daarom wordt voorgesteld in de algemene opleidingseisen het einddoel van de opleiding voor een erkend specialisme vast te leggen in een formulering met de volgende strekking:

3. De opleiding brengt algemene bekwaamheden bij voor de uitoefening van een erkend specialisme en zo nodig verdergaande bekwaamheden ten behoeve van het verrichten van geselecteerde werkzaamheden binnen dat specialisme.

De keuze voor een differentiatierichting zal pas maatschappelijke consequenties krijgen als naar buiten toe (met name voor collega's en patiënten) duidelijk is waar de specialist zich tijdens zijn opleiding op heeft toegelegd. Daarom wordt voorgesteld:

4. Bij inschrijving in een register de toevoeging "Met Bijzondere Aandacht Voor ..." (volgt een omschrijving van een aandachtsveld) in te voeren ter aanduiding van een gevolgde differentiatierichting.

Door deze "MBAV-toevoeging" een formele status te geven, zal het de specialist mogelijk worden gemaakt zich op legitieme wijze met zijn aandachtsveld naar buiten toe te presenteren.

ad 2.

Een stelsel van aanvullende opleidingen kan in het leven worden geroepen door een tweede type toevoeging aan de registratie mogelijk te maken.

Voorgesteld wordt:

5. De toevoeging "Met Bijzondere Bekwaamheid Voor ..." (volgt een nadere aanduiding van de betrokken werkzaamheden), mogelijk te maken voor degenen die zich na registratie nader op een deelgebied hebben toegelegd.

Zo'n "MBBV-toevoeging" houdt dan in dat men zich na registratie nader bekwaamd heeft op het betrokken terrein en daarbij aan door het Centraal

College gestelde eisen heeft voldaan. Daarbij kan worden gedacht aan eisen, die:

- 6a. de tijdsduur aangeven welke men op het terrein werkzaam moet zijn;
- 6b. een omschrijving geven van de inhoud van de in die tijd te verrichten werkzaamheden;
- 6c. voorschrijven dat men gedurende die tijd een regelmatig gebruik maakt van bij- en nascholingsactiviteiten, die voor het desbetreffende terrein van belang zijn;
- 6d. het mogelijk maken opleiders en opleidingsafdelingen te selekteren uit het bestaande opleidingscircuit dan wel daarbuiten.

Bovenstaande voorstellen kunnen gekoppeld worden aan een systeem van hernieuwing van de erkenning als specialist. Op dit moment geldt reeds, dat een inschrijving als specialist kan vervallen als men het vakgebied gedurende vijf jaar niet regelmatig beoefend heeft. In aansluiting hierop wordt voorgesteld:

7. de MBAV- en de MBBV-toevoegingen in beginsel steeds voor een beperkt aantal jaren toe te kennen.

Verlenging kan daarbij dan afhankelijk worden gesteld van nader te stellen eisen die in elk geval de feitelijke inhoud van de werkzaamheden en de deelname aan het PAOG behoren te treffen. In het kader van de verlenging kunnen ook voorzieningen worden getroffen voor de gevallen waarin men van werkterrein wil veranderen.

Bij bovengenoemde voorstellen kunnen nog de volgende kanttekeningen worden gemaakt:

- a. Overname door het Centraal College van de voorstellen zal ertoe leiden dat het aansluitingsvraagstuk door wetenschappelijke verenigingen naar keuze kan worden opgelost door:
 1. erkenning van nieuwe specialismen
 2. verlenging van de opleiding
 3. differentiatie van de opleiding
 4. aanvullende opleidingen na registratie
 5. een combinatie van deze mogelijkheden.

Het wordt hierdoor voor wetenschappelijke verenigingen mogelijk een variant te kiezen die aansluit op hun specifieke aansluitingsproblematiek. Daarbij is het voorstel voor aanpassing van het einddoel van de opleiding zodanig gekozen dat het ook mogelijk is - voor de specialismen waar het aansluitingsvraagstuk niet van belang is - een volledig ongedifferentiëerde opleiding te blijven verzorgen.

- b. Differentiatierichtingen en aanvullende opleidingen kunnen in beginsel voor elk type partiële beroepsuitoefening worden aangeboden. Door nadrukkelijk ook de generalistische beroepsuitoefening - zonder geavanceerde diagnostiek en therapie - in de selectie op te nemen, kan worden gepoogd het uiteenvallen van erkende specialismen in deelgebieden tegen te gaan.
- c. Het ontwikkelen van gedifferentiëerde opleidingen brengt als zodanig geen extra kosten met zich mee voor de opleidingsorganisatie. Het ontwikkelen van een stelsel van voortgezette opleidingen zal leiden tot nieuwe controle- en registratietaken voor de SRC en zodoende kostenverhogend werken. Dit geldt in sterkere mate als wordt besloten sloten tot een beperkte geldigheidsduur van de MBAV- en de MBEV-toevoegingen aan de registratie.
- d. De ontwikkeling van een stelsel van voortgezette opleidingen vereist het scheppen van bijbehorende opleidingsplaatsen. Deze zullen op tijdelijke basis bezet gaan worden door reeds geregistreerde specialisten. Dit zal belangrijke aanpassingen vereisen van de huidige wijze van aanstelling van erkende specialisten in opleidingsinrichtingen.
- e. De voorstellen voor differentiatie en voortgezette opleidingen kunnen praktische gevolgen hebben in de sfeer van de specialisten-honorering en de vrije uitwisseling van beroepsbeoefenaren binnen de EEG.

9. PROBLEEMANALYSE: DE INHOUD VAN DE OPLEIDING

9.1 De oorspronkelijke omgevingskenmerken

In het opleidingsbeleid wordt betrekkelijk weinig aandacht besteed aan de inhoud van de opleiding. In een inleidende tekst op de algemene opleidingseisen, opgenomen in het handboek "Erkenning en Registratie van Medische Specialisten" (1979) worden drie inhoudelijke einddoelen voor de opleiding geformuleerd (zie paragraaf 4.3). Een nadere uitwerking van deze einddoelen is alleen te vinden in het door het Centraal College voorgeschreven formulier voor de jaarlijkse beoordeling van de assistent-geneeskundige. De vragen in dit formulier hebben betrekking op vijf onderdelen van het takenpakket van de specialist, die in paragraaf 9.3 worden besproken. In de algemene opleidingseisen worden deze onderdelen niet vermeld laat staan nader uitgewerkt. Wel vindt men in de bijzondere eisen bepalingen die betrekking hebben op de inhoud van de opleiding voor het desbetreffende specialisme. In de meer recent tot stand gekomen eisen zijn deze bepalingen uitgebreider dan in de eisen van oudere datum. Maar in geen enkel geval is er sprake van een systematische uitwerking van de vijf onderdelen van het takenpakket in de inhoud van (de verschillende onderdelen van) de opleiding.

Het ontbreken van zo'n systematische uitwerking kan worden begrepen met behulp van de vroegere omgevingskenmerken die in hoofdstuk zes zijn besproken. De opleiding is traditioneel een praktijkopleiding, gekenmerkt door een nauwe relatie tussen de opleider en de assistent. De opleiding vond plaats door deelname aan de werkzaamheden op de afdeling van de opleider, onder diens direkte en doorlopende supervisie. De inhoud van de opleiding werd zodoende indirect gewaarborgd door de selectie van de afdeling en de opleider.

Tot ver na de Tweede Wereldoorlog zijn de erkende specialismen overwegend solitair uitgeoefend, waarbij als regel het gehele specialisme werd bestreken. Als gevolg daarvan was er weinig verschil in de aard van de werkzaamheden op afdelingen, behorend tot eenzelfde specialisme. Deelname aan de werkzaamheden op een opleidingsafdeling was dan voldoende om zich op alle onderdelen van het specialisme te bekwamen. Om deze reden was het niet nodig in het beleid uitgebreide eisen te stellen aan de inhoud van de werkzaamheden op de opleidingsafdelingen. Daarentegen was het wel nodig de kwaliteit van die werkzaamheden te waarborgen. Daartoe werden

in het beleid algemene opleidingseisen geformuleerd met betrekking tot de persoon van de opleider en de personele en materiële voorzieningen van zijn afdeling. Door de jaren heen zijn deze eisen geleidelijk verfijnd en uitgebreid, totdat ze in 1966 hun huidige vorm kregen.

9.2 Veranderingen in de omgevingskenmerken

De hiervoor geschetste omgevingskenmerken maakten het onnodig de inhoud van de opleiding systematisch in het beleid uit te werken.

Inmiddels zijn deze kenmerken ingrijpend veranderd:

- a. Er is sprake van aanzienlijke verschillen in werkzaamheden tussen afdelingen waar eenzelfde specialisme wordt beoefend. In paragraaf 6.4 is hierover cijfermateriaal gepresenteerd.
- b. De opleiding wordt steeds meer gespreid over verschillende afdelingen (zie paragraaf 6.5).
- c. De assistent wordt op een afdeling niet langer gesuperviseerd door een enkel persoon, de formele opleider, maar afwisselend door verschillende leden van het opleidingsteam (zie paragraaf 6.2).
- d. In paragraaf 6.3 is uiteengezet dat veel specialismen te omvangrijk zijn geworden voor volledige beheersing door een individueel specialist. Dit leidt ertoe dat ten behoeve van de opleiding een selectie moet worden gemaakt uit het vakgebied. Bij afwezigheid van inhoudelijke eisen kan elke opleider naar eigen inzicht selecteren.

Deze vier veranderingen leiden tot evenzoveel diskrepancies met het opleidingsbeleid, dat niet is afgestemd op de huidige omvang van de specialistische vakgebieden en de aanwezige verschillen in werkzaamheden tussen opleidingsafdelingen. Evenmin is het afgestemd op de spreiding van opleidingstaken over personen en afdelingen.

Elk van de diskrepancies kan leiden tot ongewenste variaties in de inhoud van de opleiding voor een gegeven specialisme. Het bestaan daarvan is van verschillende kanten in het opleidingsnetwerk gesignaleerd. Uit een opiniepeiling onder assistenten in opleiding voor gynaecologie en verloskunde bleek "dat 86% van mening is dat de opleiding beter moet worden gespecificeerd, omdat men vindt dat de opleidingen onderling te zeer verschillend kunnen zijn, onder meer door de grote individuele invloed die een opleider op het opleidingspakket kan uitoefenen" (Maathuis, 1974:1422). Het rapport van de Adviescommissie Opleiding Geneeskundigen (1981:79) spreekt over de "slechte vergelijkbaarheid van

specialisten-opleidingen". Een soortgelijke opvatting is te vinden in het KNMG-rapport "De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening" uit 1980.

De uit de diskrepanties voortvloeiende variaties kunnen worden tegengegaan door de inhoud van de opleidingen duidelijk in de opleidingseisen vast te leggen. Door dit te doen, kan tegelijkertijd afstemming worden verkregen op een aantal andere in hoofdstuk zes besproken omgevingskenmerken:

- De groeiende noodzaak tot externe verantwoording van de kwaliteit van de opleidingen. Hoe duidelijker de inhoud is omschreven (en het toezicht op de inhoud in de visitatievoorschriften is geregeld) hoe beter deze verantwoording kan plaatsvinden.
- De voortdurende noodzaak tot aanpassing en uitbreiding van de inhoud van de opleiding. Het is nodig de beschikbare opleidingstijd hierbij zo doeltreffend mogelijk te benutten. Dit wordt bevorderd door een duidelijke en systematische omschrijving van de inhoud van de opleiding.
- De opkomst van regionaal en landelijk theoretisch onderwijs. Dit maakt het noodzakelijk vast te leggen welk deel van de inhoud van de opleiding in dat onderwijs wordt aangeboden en welk deel de assistent zich op andere wijze moet eigen maken. Dit impliceert een systematische en duidelijke omschrijving van de totale inhoud van de opleiding.
- Door omschrijving van de inhoud wordt de verdeling van taken met het PAOG duidelijker.

Ter afsluiting van deze paragraaf kan er nog op gewezen worden dat wetenschappelijke verenigingen in toenemende mate op de gesignaleerde diskrepanties reageren door het uitwerken van delen van de inhoud van de opleiding in de bijzondere eisen. Iedere wetenschappelijke vereniging gaat hierbij echter naar eigen inzicht te werk. Inspectie van de bijzondere opleidingseisen leert dat de omschrijving van de programma-inhoud tekortkomingen vertoont. De aanwezige omschrijvingen strekken zich niet uit tot alle programma-onderdelen die in de opleidingseisen worden onderscheiden. Verder bieden ze doorgaans slechts een uitwerking van een of twee van de vijf onderdelen van het takenpakket van de specialist. Om deze redenen worden in de volgende paragrafen voorstellen ontwikkeld

waarmee een dekkende omschrijving van de inhoud van de opleiding in de opleidingseisen kan worden bereikt.

9.3 Uitwerking in opleidingseisen

De eerste stap op weg naar een systematische omschrijving van de inhoud van de opleiding bestaat uit het specificeren van de onderdelen van het takenpakket van de medisch specialist. In het huidige opleidingsbeleid worden vijf onderdelen onderscheiden:

1. Diagnostiek en/of behandeling op het gebied van het desbetreffende specialisme;
2. Opbouwen en in stand houden van de arts/patiënt-relatie;
3. Samenwerking met kollega's en andere beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg;
4. Bijhouden van een medische administratie;
5. Bijhouden van de ontwikkeling van het vakgebied.

Uit het omgevingsonderzoek (paragraaf 6.7) is naar voren gekomen, dat er binnen het takenpakket nog drie onderdelen kunnen worden onderscheiden:

- a bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen (interkollegiale toetsing);
- b deelname aan beleids- en organisatieprocessen met betrekking tot de gezondheidszorg, op de afdeling, binnen de inrichting en daarbuiten;
- c het overdragen van kennis aan medici, (ko-)assistenten, verpleegkundigen en patiënten.

De plaats van deze drie onderdelen in het takenpakket is in paragraaf 6.7 toegelicht. In dat verband zijn ook de factoren besproken die er toe zullen leiden dat in de komende jaren zwaardere eisen zullen worden gesteld aan de wijze waarop de specialist zijn taken op deze in de opleiding ontbrekende onderdelen vervult. Er is een duidelijke trend, die tot uiting komt in het beleid van de organisaties van beroepsbeoefenaren de overheid en de organisaties die patiëntenbelangen behartigen, gericht op het stellen van hogere kwaliteitseisen aan de uitoefening van de geneeskunst.

Een soortgelijk verschijnsel doet zich voor ten aanzien van de vaardigheden waarmee artsen kennis aan derden overdragen. Veel artsen vervullen onderwistaken en krijgen daardoor te maken met de hogere doelmatigheidseisen op dit gebied. Bovendien gaan de verwachtingen omhoog aangaande de wijze waarop artsen hun patiënten voorlichten.

En tenslotte is er de toenemende vervlechting van de praktijkvoering van de individuele specialist met de praktijkvoering van zijn kollega's en met de bedrijfsvoering van het ziekenhuis als geheel. Deze vervlechting, waarvan het einde nog niet in zicht is, stelt steeds hogere eisen aan het funktionieren van specialisten in beleids- en organisatieprocessen. Het ontbreken van deze drie onderdelen van het takenpakket van de specialist in het beleid van het Centraal College betekent een diskrepantie tussen kenmerken van het beleid en van de omgeving van de opleidingsorganisatie. Ze heeft tot gevolg dat het Centraal College niet kan garanderen dat de assistent-geneeskundige op toereikende wijze wordt voorbereid op het vervullen van taken op de genoemde drie gebieden. De diskrepantie en de daaruit voortvloeiende gevolgen kunnen worden verminderd of opgeheven door de omschrijving van het takenpakket in het opleidingsbeleid uit te breiden met de drie genoemde onderdelen. Tegelijkertijd is het wenselijk alle acht onderdelen vast te leggen in de algemene opleidingseisen. Op deze wijze wordt een inhoudelijk kader geboden voor de nadere uitwerking van de inhoud van de opleiding in de specifieke eisen. Daarom wordt voorgesteld:

- 8a. in de algemene opleidingseisen op te nemen
dat de opleiding tot medisch specialist de
acht hier besproken onderdelen van het taken-
pakket bestrijkt.

Op deze wijze wordt in algemene termen vastgelegd op welke terreinen kennis en vaardigheden in de opleiding zullen worden overgedragen. De volgende stap is dan:

- 8b. Voorschrijven in de algemene eisen dat de
inhoud van deze acht onderdelen in de
bijzondere opleidingseisen - waar mogelijk
per programma-onderdeel - nader dient te
worden omschreven in termen van te verrichten
werkzaamheden en de daarbij behorende kennis-
gebieden.

Dit voorstel is bedoeld om een evenwichtige uitwerking van de programma-inhoud in de bijzondere eisen te bereiken. Het houdt om te beginnen in, dat de programmatistische eisen een uitwerking van alle taakvelden dienen te

omvatten. In de opleidingen staat het verkrijgen van bekwaamheden op het gebied van de diagnostiek en behandeling begrijpelijkerwijs centraal. Door het systematisch uitwerken van inhoudelijke eisen voor alle betrokken taakvelden wordt bevorderd dat ook de andere taakvelden in de opleiding tot hun recht komen. In dit verband kan er op worden gewezen dat momenteel slechts bij uitzondering bijzondere eisen op het gebied van de arts/patiënt-relatie, de samenwerkingsrelaties en de medische administratie voorhanden zijn.

De voorgestelde bepaling houdt verder in dat de inhoudelijke uitwerking zoveel mogelijk per programma-onderdeel dient te geschieden. Dit is belangrijk omdat de opleiding in veel gevallen over verschillende afdelingen is gespreid. Deze spreiding noodzaakt, zoals eerder is opgemerkt, tot coördinatie van opleidingsactiviteiten tussen de betrokken afdelingen. De omschrijving van de inhoud van de opleiding per programma-onderdeel zal dit bevorderen.

De voorgestelde bepaling houdt tevens in dat de inhoudelijke uitwerking dient te geschieden in termen van categorieën te verrichten werkzaamheden. Hierbij moet in het oog worden gehouden dat de uitwerking in de eerste plaats dient ter begrenzing van de variatie in de inhoud van opleidingen. Dit vereist dat de gekozen categorieën van werkzaamheden niet al te ruim worden gekozen. Anderzijds moet ook uniformering van de opleidingen vermeden worden. Een zekere inhoudelijke variatie onder invloed van lokale omstandigheden is alleszins gerechtvaardigd. Dit betekent dat de categorieën van te verrichten werkzaamheden evenmin te smal mogen worden gekozen.

Bij het uitwerken van het taakveld "diagnostiek en/of behandeling" kunnen de snijdende specialismen aansluiten bij bestaande ontwikkelingen in de bijzondere eisen. Het taakveld wordt daar uitgewerkt in termen van typen verrichtingen. Sommige niet-snijdende specialismen beschikken over eisen aangaande diagnostische verrichtingen. Een uitwerking van activiteiten op het gebied van behandeling komt in de eisen van deze specialismen niet voor. Toch is zo'n uitwerking nodig om een totaalbeeld van programma-inhoud met betrekking tot diagnostiek en/of therapie te krijgen. Ze kan plaatsvinden in termen van de verscheidenheid aan categorieën patiënten (ziektebeelden) die de assistent-geneeskundige gedurende (bepaalde onderdelen van) de opleiding dient te behandelen. De niet-snijdende vakken zouden een begin kunnen maken met het

ontwikkelen van eisen aan diagnostische en/of therapeutische werkzaamheden door de feitelijke werkzaamheden van assistenten in beeld te brengen*). Aan de hand van zulke gegevens kunnen vervolgens onder- en bovengrenzen worden bepaald voor de variatie aan te behandelen patiënten.

Tenslotte wordt erop gewezen dat in voorstel 8.b wordt gesproken van "typen werkzaamheden en daarbij behorende kennisgebieden". In hoofdstuk dertien over de theoretische opleiding zal nader uiteengezet worden dat deze formulering is bedoeld om te voorkomen dat de theoretische opleiding los komt te staan van de praktische werkzaamheden.

9.4 Kwantificering van de programma-inhoud

Teneinde tot een doeltreffende uitwerking van de programma-inhoud in de bijzondere opleidingseisen te komen wordt tenslotte voorgesteld in de algemene eisen op te nemen:

9. dat in de bijzondere eisen de gespecificeerde typen werkzaamheden per opleidingsonderdeel zo mogelijk moeten worden gekwantificeerd.

Aan dit voorstel liggen verschillende overwegingen ten grondslag. Een gekwantificeerde specificatie van de programma-inhoud levert normen voor een optimaal gebruik van de opleidingstijd en biedt goede mogelijkheden om de inhoud van de opleidingen naar buiten toe te verantwoorden. Verder vergemakkelijkt een gekwantificeerde programma-inhoud de taakverdeling tussen en binnen afdelingen die bij de opleiding zijn betrokken. Ook sluit kwantificering aan op de behoefte aan nauwkeurige specificatie van de programma-inhoud in deeltijdse opleidingen (zie hoofdstuk 14). En niet in de laatste plaats wijst de ervaring met bestaande gekwantificeerde eisen uit dat deze voor visitatiekommissies goede aangrijpingspunten bieden om op de inhoud van de opleiding toe te zien.

Verschillende, overwegend snijdende, specialismen kennen op dit moment eisen waarin werkzaamheden worden gekwantificeerd. Soms wordt een kwantificering gegeven per type operatie (zie bijv. de urologie). Het

*) Analooq aan de opzet van het OPERA-projekt van de heelkunde, waarin de OPERatie-ERvaring van Assistent-geneeskundigen geregistreerd werd.

nadeel van zo'n gedetailleerde kwantificering is dat ze gemakkelijk achterhaald wordt door veranderingen in de beroepsuitoefening. Het is ook mogelijk de kwantificering middels bijzondere eisen in handen te leggen van de pleno-visitatiekommissie of een subgroep daarvan. Een voorbeeld van zo'n aanpak is te vinden in de KNO-eisen. Het nadeel daarvan is dat het Centraal College de mogelijkheid verliest tot koördinerend optreden bij de afbakening van de inhoud van de opleidingen van erkende specialismen.

Het meest aantrekkelijk is een derde variant die o.a. door de plastische chirurgie wordt gebruikt. In de bijzondere eisen wordt hier het minimum aantal door de assistent in een gegeven periode te verrichten operaties aangegeven. Daarbij wordt tevens aangegeven over welke soorten die verdeeld dienen te zijn. Er worden echter geen aantallen werkzaamheden per afzonderlijk soort vastgelegd. Het voordeel van deze variant is dat voor de inhoud van de opleiding operationele en controleerbare eisen moet worden aangegeven waarbij duidelijk grenzen aan de handelingsvrijheid van de individuele opleider zijn gesteld. Bovendien wordt met deze variant een al te frekwent bijstellen van de eisen aan ontwikkelingen in het vakgebied vermeden. Voor de niet-snijdende vakken is een soortgelijke benadering denkbaar. De categorieën van werkzaamheden kunnen dan naar diagnosegroepen worden omschreven.

9.5 Realiseerbaarheid van de voorstellen

Het opnemen van een omschrijving van onderdelen van het takenpakket in de algemene opleidingseisen zal in technische zin weinig problemen behoeven op te leveren. De vraag is echter, in hoeverre de wetenschappelijke verenigingen bereid zullen zijn aan een uitbreiding van de lijst van vijf onderdelen mee te werken. Zo'n uitbreiding zal de bestaande problemen rond het volume van de opleidingstijd immers eerder doen toe- dan afnemen.

De bezwaren zullen zich daarbij in de eerste plaats richten tegen het onderdeel "beleids- en organisatieprocessen met betrekking tot de gezondheidszorg". Het gaat hierbij immers om activiteiten die verder verwijderd liggen van de medische beroepsuitoefening dan de taken op het terrein van kwaliteitsbewaking en overdracht van medische informatie. Wie zich zo opstelt, moet zich echter wel realiseren waar dit toe leidt. De vervlechting van de medische praktijkvoering en de bedrijfsvoering in

het ziekenhuis neemt toe. Als gevolg daarvan moeten specialisten over steeds meer inzicht beschikken op het terrein van beleid en organisatie van de gezondheidszorg, teneinde een gelijkwaardige positie als gesprekspartner van het ziekenhuismanagement te kunnen handhaven. Aandacht voor het taakveld "beleid en organisatie" in de opleiding betekent dan een bijdrage tot het handhaven van die positie. Het afwijzen van dit taakveld draagt daarentegen bij tot het proces waarbij specialisten steeds vaker beroepskrachten op het gebied van beleid en organisatie nodig zullen hebben om hun belangen tegenover het ziekenhuismanagement te behartigen. De voorstellen voor de omschrijving en kwantificering van de inhoud van de opleiding in de bijzondere eisen zullen voor de snijdende specialismen betrekkelijk weinig problemen opleveren. De huidige trend in de bijzondere eisen voor deze specialismen gaat geheel in de richting van de voorstellen. Bij de niet-snijdende specialismen bestaan daarentegen weerstanden tegen het stellen van eisen aan de werkzaamheden van de assistent-geneeskundige. Het probleem is dan, dat het Centraal College hier volledig afhankelijk is van de medewerking van de wetenschappelijke verenigingen. Deze moeten immers de voorstellen voor de bijzondere opleidingseisen formuleren.

Wanneer de niet-snijdende specialismen de inhoud op een andere wijze weten vast te leggen dan hierboven is voorgesteld, dient daartoe de mogelijkheid te worden geboden. Wel moet de voorwaarde worden gesteld dat de beschrijving zodanig is dat het mogelijk wordt de inhoudelijke variatie tussen opleidingen voor eenzelfde specialisme duidelijk en op voor visitatiekommissies controleerbare wijze te begrenzen. In dit verband mag er nog op worden gewezen dat de bestaande bijzondere eisen, buiten de voorschriften over te verrichten operaties, niet aan deze voorwaarde voldoen. Of de niet-snijdende specialismen op dit punt hun medewerking zullen verlenen is vooralsnog een open vraag. Schalm en Roos (1981:115) geven de opvattingen binnen het Concilium van de Nederlandsche Internisten Vereeniging als volgt weer: "Een lijst van vaardigheden is dikwijls besproken. Het Concilium acht de interne geneeskunde eerder een denk- dan een doe-specialisme zodat men heeft afgezien van de opstelling van een landelijk geldige lijst van gewenste vaardigheden."

10. PROBLEEMANALYSE: DE BEOORDELING VAN ASSISTENTEN

10.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is het ontbreken van een systematische uitwerking van de inhoud van de opleiding in het beleid van het Centraal College besproken. Daarbij is uiteengezet, dat dit het gevolg is van de afstemming van het beleid op een aantal niet langer aanwezige omgevingskenmerken. Dezelfde afstemming heeft tot gevolg dat in het beleid ook weinig aandacht wordt gegeven aan de inhoud van de beoordeling. Wel is de beoordelingsprocedure - inclusief de beroepsprocedure - in het beleid uitgewerkt.

In het beleid is voorgeschreven, dat er een jaarlijkse beoordeling van de assistent moet plaatsvinden door de opleider aan de hand van een door het Centraal College vastgestelde "A/B-formulier". Aan het einde van de opleiding wordt een eindbeoordeling door de opleider voorgeschreven aan de hand van het "C-formulier". De formulieren zijn opgenomen in de bijlagen 2 en 3.

Aanvankelijk was bepaald dat de ingevulde formulieren voor de jaarlijkse beoordeling naar de SRC moesten worden gezonden. Na verzet van een aantal opleiders werd besloten dat het formulier alleen in het geval van een negatieve beoordeling zou moeten worden ingestuurd. In de praktijk houden opleiders zich niet altijd aan deze regel. Dit leidt ertoe dat de SRC soms gekonfronteerd wordt met situaties, waarin een negatieve beoordeling niet tijdig is vastgelegd en/of is gevolgd door bijsturing of stopzetting van het opleidingsproces. Dit uitvoeringsvraagstuk kan worden opgelost door actief toezicht van de SRC op de naleving van de jaarlijkse beoordeling*).

De in het vorige hoofdstuk besproken omgevingskenmerken noodzaken niet alleen tot een systematische uitwerking van de inhoud van de opleiding, ze vereisen ook een nadere omschrijving van de inhoud van de beoordeling. In de volgende paragrafen wordt dit verder uitgewerkt. Om te beginnen wordt ingegaan op de validiteit van de beoordeling. Het voorgeschreven beoordelingsformulier houdt geen rekening met verschillen in werkzaamheden tussen opleidingsafdelingen van hetzelfde specialisme. Daardoor

*) De SRC is inmiddels tot een aktiever toezicht overgegaan.

wordt het mogelijk dat assistenten in een vergelijkbare fase van opleiding op uiteenlopende bekwaamheden worden beoordeeld. Vervolgens komt de betrouwbaarheid van de beoordeling aan de orde. Er is sprake van een diskrepantie tussen de persoonlijke beoordeling en de kwaliteitseisen die in en buiten het netwerk aan de opleiding worden gesteld.

Een volgend punt betreft het ontbreken van eisen aan de beoordeling van (landelijk en regionaal) theoretisch onderwijs. Als laatste onderwerp wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de procedurele kant van beoordeling van de praktische werkzaamheden. Het huidige beleid legt de beoordeling in handen van de opleider hoewel de supervisie in werkelijkheid over verschillende personen en afdelingen wordt gespreid. Een betrouwbare beoordeling kan dan alleen op basis van een gezamenlijk oordeel tot stand komen.

10.2 Validiteit van de beoordeling

Een beoordeling kan valide worden genoemd als ze zich uitstrekt over alle bekwaamheden die de opleiding poogt bij te brengen en als dat oordeel voorspellende waarde heeft ten aanzien van de toekomstige werkzaamheden van de assistent (Newble, 1977). In het beleid worden de te beoordelen bekwaamheden gespecificeerd in het eerder genoemde beoordelingsformulier. Deze specificatie is weinig systematisch en zo summier dat verschillen tussen specialismen er niet in tot uitdrukking komen. De beoordelaar heeft daardoor grote interpretatiemogelijkheden. Dit schept de mogelijkheid dat assistenten in vergelijkbare fasen van opleiding op uiteenlopende bekwaamheden (niet) worden beoordeeld.

In het verleden zal de kans op zulke verschillen in de beoordeling niet groot zijn geweest. Zo lang opleiders hun vakgebied konden overzien en opleidingsafdelingen hetzelfde patiëntenbestand hadden, konden opleiders beschikken over een in hoge mate vergelijkbaar referentiekader voor de beoordeling. De veranderingen die op de genoemde punten zijn opgetreden in de omgevingskenmerken tasten de vergelijkbaarheid echter aan. Er is dan sprake van een diskrepantie omdat het huidige beoordelingsformulier niet is afgestemd op de gewijzigde omstandigheden.

De diskrepantie bevordert verschillen in punten van beoordeling van de opleidingen. In het opleidingsnetwerk worden deze verschillen gesignaleerd door dezelfde groepen die zich zorgen maken over de inhoudelijke verschillen tussen de opleidingen (zie hoofdstuk negen). De verschillen

kunnen worden verminderd door het verkleinen van de interpretatievrijheid van de opleider. Dit kan gebeuren door in meer detail aan te geven op welke punten de assistent-geneeskundige beoordeeld moet worden. Daarom wordt voorgesteld:

10. over te gaan tot de invoering van beoordelingsformulieren die per specialisme een uitgewerkte omschrijving omvatten van de typen bekwaamheden waarop een assistent moet worden beoordeeld.

In dit verband kan worden verwezen naar de lijst met bekwaamheden die is ontwikkeld ten behoeve van de National Board examens in de Verenigde Staten. Deze lijst omvat dertig typen bekwaamheden, gegroepeerd naar negen taakvelden (Hubbard, 1971). Een andere lijst is ontwikkeld door Sanazaro en Bates (1968). Ze bevat 51 typen bekwaamheden, verdeeld over vier taakvelden (De lijsten zijn opgenomen in bijlage 10).

Door het gebruik van dergelijke op afzonderlijke specialismen toegesneden lijsten kan de huidige wijze van beoordelen ongetwijfeld sterk verbeterd worden. De assistent kan specifiekere feedback krijgen op zijn vorderingen in de opleiding dan tot nog toe. Voorts ontstaat er grotere zekerheid dat assistenten op overeenkomstige bekwaamheden worden beoordeeld, terwijl naar buiten toe duidelijk kan worden verantwoord op welke bekwaamheden wordt beoordeeld.

Ten aanzien van de realiseerbaarheid van het voorstel moet worden opgemerkt dat noch de wetenschappelijke verenigingen, noch de assistent-geneeskundigen als eerste belanghebbenden aanwijsbare initiatieven hebben genomen om tot verbetering van de bestaande beoordeling te komen. Dit is weinig konsekwent in het licht van de op omschrijving van de inhoud van de opleiding gerichte activiteiten. En het maakt het perspectief voor een snelle realisering van het voorstel ongunstig aangezien zij op dit punt het werk zullen moeten doen. Op zichzelf zijn er geen financiële belemmeringen voor de realisering van het voorstel. Maar de betrokken partijen zullen ongetwijfeld vrij veel tijd en mankracht moeten investeren om tot een doeltreffend beoordelingsinstrument te komen. Financiële problemen zullen wel ontstaan als het wenselijk wordt geacht beoordelingsdeskundigen in te schakelen.

Bij het juist inschatten van de financiële obstakels moet nog het

volgende in aanmerking worden genomen. De beoordelingslijst is een instrument om het praktisch functioneren van iemand te beoordelen. Als zodanig kan de huidige beoordelingsprocedure worden beschouwd als een vorm van personeelsbeoordeling. Een betere beoordelingslijst is dan een bijdrage tot het uitbouwen van deze aanpak. Het alternatief is een stelsel van examens. In de volgende paragraaf wordt hierop verder ingegaan. Maar er kan nu reeds op worden gewezen dat de opbouw van een goed functionerend stelsel van examens investeringen aan geld en mankracht vereist, die al snel de investeringen voor een betere beoordelingslijst zullen overtreffen. En het is de vraag of examens een betere mogelijkheid bieden voor interne en externe verantwoording van de kwaliteit van de opleiding dan een volgroeid stelsel van personeelsbeoordeling.

10.3 Betrouwbaarheid van de beoordeling

In het beleid is voorgeschreven dat de assistent-geneeskundige wordt beoordeeld door zijn formele opleider. Deze baseert zijn oordeel op eigen waarnemingen tijdens het superviseren van de assistent en op informatie van derden. Dit oordeel wordt onvermijdelijk beïnvloed door persoonlijke kenmerken van de beoordelaar. Dit kan leiden tot verschillen in waarneming van bekwaamheden en tot verschillen in keuze van criteria waarmee de kwaliteit van de bekwaamheden wordt beoordeeld. Dergelijke verschillen beperken de betrouwbaarheid van de beoordeling (die een maat is voor de kans dat overeenkomstige prestaties van assistenten tot overeenkomstige beoordelingsresultaten leiden).

De beperkte betrouwbaarheid van het persoonlijke oordeel is een kwetsbaar onderdeel van het beleid, wanneer het er om gaat de kwaliteit van de opleiding extern te verantwoorden. Ze is bovendien een regelmatig terugkerende bron van discussies binnen het opleidingsnetwerk, in het bijzonder over de kwaliteit van de beoordeling aan het einde van het eerste (of tweede) opleidingsjaar en aan het einde van de opleiding. De konsekwenties van deze beoordelingen zijn immers zodanig (voortzetting van de opleiding en registratie) dat ze aan hoge eisen van betrouwbaarheid (naast validiteit) dienen te voldoen.

De betrouwbaarheid van het persoonlijke oordeel kan worden vergroot door het verplaatsen van de verantwoordelijkheid van de beoordeling van de opleider naar het opleidingsteam. Hierop wordt in paragraaf 10.5 nader

ingegaan. Een tweede mogelijkheid is het trainen van de beoordelingsvaardigheid van opleiders. Dit zou kunnen plaatsvinden in het kader van de in hoofdstuk 11 voor te stellen activiteiten ter bevordering van de onderwijsdeskundigheid van opleiders.

Uit onderzoek is gebleken dat het effect van dergelijke maatregelen op de verhoging van de betrouwbaarheid beperkt is (Ludbrook & Marshall, 1971). Een andere oplossing is dan gelegen in het gebruik van z.g. objectieve beoordelingsprocedures, die o.a. in de Verenigde Staten worden gebruikt bij de specialistenexamens. Deze procedures omvatten de volgende elementen:

1. een gedetailleerde omschrijving van te beoordelen bekwaamheden.
2. gestandaardiseerde testsituaties (meetinstrumenten), waarin de bekwaamheden worden gemeten. Deze testsituaties kunnen geselecteerde praktijk-situaties zijn of theoretische tests. In bijlage 11 is een overzicht opgenomen van beschikbare typen testsituaties en de bekwaamheden die er mee gemeten kunnen worden.
3. een gestandaardiseerde procedure voor de skoring of registratie van de prestaties van de assistent. Als registratie plaatsvindt met behulp van observatoren, worden deze daarvoor getraind.
4. vaststelling van beoordelingscriteria door een groep onafhankelijke deskundigen.
5. vaststellen van regels voor het afwegen van de resultaten van de verschillende testsituaties teneinde tot een eindoordeel te komen.

Objectieve beoordeling zou gebruikt kunnen worden ter vervanging of ter aanvulling van de huidige persoonlijke beoordeling. Vervanging kan plaatsvinden door gebruik te maken van een batterij meetinstrumenten die het totaal aan te beoordelen bekwaamheden bestrijkt. In de Amerikaanse specialistenopleidingen zijn diverse voorbeelden van zo'n aanpak te vinden. Zo voerde de American Board of Orthopaedic Surgery in 1968 een afsluitend examen in dat 180 meerkeuzevragen omvatte, vier Patient-Management Problems (P.M.P.'s) en een mondeling examen over vijf gestandaardiseerde problemen met een panel van zes beoordelaars. Voor tussentijdse beoordeling werden eveneens multiple choice vragen en P.M.P.'s gebruikt in combinatie met een door de opleider in te vullen beoordelingsformulier (Natress, 1969).

De Canadian College of Family Practice ontwikkelde een soortgelijk

afsluitend examen. Dit omvat 220 meerkeuzevragen, een set filmbanden met bijbehorende vragen, drie P.M.P.'s en een gestructureerd mondeling examen waarbij gebruik wordt gemaakt van gesimuleerde patiënten en getrainde observatoren (Lamont, 1972; Van Ward, 1974). Een derde voorbeeld is het afsluitend examen van de American College of Emergency Physicians. Hier wordt gebruik gemaakt van een meerkeuze toets, een toets met behulp van filmbanden en dia's, gesimuleerde patiënten en gesimuleerde noodsituaties (Newble, 1977).

Als men in Nederland de bestaande wijze van beoordeling door objectieve beoordelingsprocedures wil vervangen moet er voor elk erkend specialisme een batterij valide en betrouwbare meetinstrumenten ontwikkeld moet worden. Dit vraagt omvangrijke investeringen in geld en mankracht. Los van de mogelijkheid om deze investeringen op te brengen is het de vraag of tegenover deze investeringen een voldoende toename van de betrouwbaarheid van de beoordeling zal staan. Zelfs de onderwijskundig hoog ontwikkelde medische examens in de V.S. zijn niet vrij van validiteits- en betrouwbaarheidsproblemen. In dit verband kan er op worden gewezen dat de Association of American Medical Colleges in 1981 een rapport aanvaardde waarin wordt voorgesteld het in de VS bestaande externe arts-examen uit te breiden met een beoordeling op grond van directe observatie van praktisch werk (AAMC, 1981).

Om bovengenoemde redenen is het niet aantrekkelijk de bestaande persoonlijke beoordeling volledig door een objectieve beoordelingsprocedure te vervangen. Wel kan overwogen worden aan de persoonlijke beoordeling enige objectieve beoordelingsinstrumenten toe te voegen. Doel van deze uitbreiding zou dan moeten zijn het aanvullen of controleren van de informatie die tijdens de supervisie van de assistent-geneeskundige is verkregen. Hierbij kan in de eerste plaats worden gedacht aan instrumenten die kennis meten en het vermogen tot toepassing ervan (zie hoofdstuk 13). Zij kunnen informatie verschaffen die tijdens het supervisieproces niet gemakkelijk beschikbaar komt. Een stap verder gaan de instrumenten waarmee bekwaamheden kunnen worden gemeten op het gebied van diagnostiek en behandeling met behulp van gesimuleerde of gestandaardiseerde praktijksituaties (Newble 1977; Faber 1981).

Uitbreiding van het huidige beoordelingssysteem is minder ingrijpend dan vervanging door een objectieve beoordelingsprocedure. Uitbreiding vereist echter ook investeringen in de ontwikkeling van meetinstrumenten. Gezien

de financiële situatie waarin de opleidingsorganisatie verkeert is het nauwelijks realistisch om op korte termijn de ontwikkeling van de hierboven aangegeven beoordelingsinstrumenten te verwachten. Voorstellen daartoe worden daarom op deze plaats niet gedaan, met uitzondering van een voorstel aangaande de meting van (toepassing van) kennis. Het hiervoor benodigde meetinstrument kan worden ontwikkeld in combinatie met de toetsing van het landelijk theoretisch onderwijs. In de volgende paragraaf worden op dit punt voorstellen gedaan.

10.4 Voorstellen aangaande de beoordeling van kennis

Gedurende een lange periode kende de opleiding tot medisch specialist geen programma-onderdelen die speciaal bedoeld waren voor de systematische overdracht van kennis. De overdracht van de kennis geschiedde impliciet door de supervisie, terwijl van de assistent-geneeskundige ook zelfstudie werd verwacht. Als gevolg hiervan ligt in de beoordelingsprocedure de nadruk op de praktische werkzaamheden en krijgt de beoordeling van de kennis van de assistent weinig aandacht. Inmiddels is theoretisch onderwijs voor een groot aantal assistenten een zelfstandig onderdeel van de opleiding (paragraaf 6.8).

Deze verandering in de wijze van opleiden dient ook in de beoordeling tot uitdrukking te komen. Het theoretisch onderwijs weerspiegelt een toegenomen behoefte om in de opleiding systematisch kennis van het vakgebied aan de assistent over te dragen. De opleider moet dan in staat worden gesteld deze ontwikkeling te observeren en zonodig bij te sturen. Dit maakt het noodzakelijk op verschillende momenten in de opleiding na te gaan welke kennis de assistent van het vakgebied bezit. Daarbij moet worden voorkomen dat toetsing van kennis doel in zichzelf wordt, los van de praktische betekenis ervan. Dit kan worden bereikt door toetsing van de kennis van het vakgebied als onderdeel van de algehele beoordeling van de klinische competentie van de assistent te benaderen. Dit overwegende wordt voorgesteld:

- 10a. de categorie "kennis op diagnostisch en therapeutisch gebied" in het huidige beoordelingsformulier te splitsen in de subcategorieën "kennis, gedemonstreerd op de afdeling" en "kennis, vastgesteld buiten de afdeling";

- 10b. in de algemene eisen te bepalen dat na afloop van (buiten de afdeling verzorgd) theoretisch onderwijs moet worden onderzocht in welke mate de assistent de in dat onderwijs aangeboden kennis beheerst en kan toepassen in klinische situaties;
- 10c. in de algemene eisen te bepalen dat de assistent en de opleidingskommissie beiden binnen een redelijke termijn over de resultaten van dat onderzoek worden geïnformeerd;
- 10d. in de algemene eisen te bepalen dat de opleidingskommissie in het kader van de totale beoordelingsprocedure beslist over eventuele konsekwenties van de resultaten van het onderzoek;
- 10e. dat het Centraal College bevordert, dat de onder b) bedoelde kennis wordt beoordeeld in het kader van metingen die de ontwikkeling van het kennisniveau van de assistent-geneeskundige gedurende de gehele opleiding, met tussenpozen van tenminste een jaar, in beeld brengen.

Voorstel a) is bedoeld om het onderzoek naar het kennisniveau van de assistent-geneeskundige een duidelijke plaats te geven in de jaarlijkse beoordeling. De voorstellen b) en c) zijn in de eerste plaats bedoeld om een goede gang van zaken te waarborgen: het onderzoek naar de kennis moet op het juiste moment plaatsvinden en tijdig worden gerapporteerd aan de opleider. De in voorstel b) opgenomen zinsnede "en kan toepassen in klinische situaties" is bedoeld om te voorkomen dat verwerving van kennis als doel in zichzelf wordt gezien. De voorstellen a, b en c leiden er toe dat de assistent-geneeskundige niet wordt verplicht aan theoretisch onderwijs buiten de afdeling deel te nemen. Wel bestaat de verplichting deel te nemen aan de toetsing. Op deze wijze kan de assistent-geneeskundige zelf bepalen hoe hij zijn kennis verwerft. Deze eigen verantwoordelijkheid van de assistent-geneeskundige sluit aan op de gang van zaken in het universitair medisch onderwijs. Daar is wel deelname aan praktisch werk verplicht, maar het bijwonen van kolleges niet.

In voorstel d) wordt geregeld wie bevoegd is konsekwenties aan de

resultaten van de kennismetingen te verbinden. Het oordeel over de kennis van de assistent-geneeskundige wordt in handen gelegd van degenen die verantwoordelijk zijn voor het theoretisch onderwijs. Het is echter de opleider, c.q. de opleidingskommissie, die dit oordeel in de jaarlijkse beoordeling afweegt tegen andere prestaties van de assistent-geneeskundige. De opleidingskommissie heeft op deze wijze de vrijheid de assistent-geneeskundige al dan niet te verplichten opnieuw aan een kennis-toets deel te nemen. Tevens kan ze onvoldoende resultaten in aanmerking nemen bij een beslissing over het voortzetten van de opleiding. Het onder e) genoemde voorstel beoogt te komen tot een systeem waarbij op regelmatige tijdstippen in de opleiding (maar niet vaker dan éénmaal per jaar) het kennisniveau van de assistent-geneeskundige wordt vastgesteld. Dit betekent dat de toetsing ook geschiedt in jaren waarin geen theoretisch onderwijs wordt verzorgd. De toetsing heeft tot doel de ontwikkeling van de kennis van de assistent-geneeskundige in beeld te brengen. Het voorstel komt derhalve neer op invoering van een voortgangstoets. Deze kan met de toetsing van het theoretisch onderwijs gekombineerd worden.

10.5 De beoordelaars

In het huidige beleid is de beoordeling van assistent-geneeskundigen opgedragen aan het als opleider erkende afdelingshoofd. Dit gaat terug op de situatie waarin het afdelingshoofd daadwerkelijk de assistent gedurende diens opleiding superviseerde. Door zijn toezicht beschikte hij over de informatie die nodig is om een oordeel op te baseren. Zoals in de paragrafen 6.3 en 6.5 is uiteengezet is de supervisie tegenwoordig gespreid over verschillende stafleden en afdelingen. Deze diskrepantie tussen beleid en omgeving heeft tot gevolg dat de opleider niet langer direkt over de volledige informatie beschikt om zijn oordeel op te baseren. De te gebruiken informatie ligt opgeslagen in de gezamenlijke ervaringen van de opleidingsteams. Het huidige beleid biedt echter geen garantie dat het oordeel in alle gevallen op deze gezamenlijke ervaringen wordt gebaseerd. Om dit te verbeteren, wordt voorgesteld:

11. in de algemene opleidingseisen te bepalen dat
 een opleidingsinrichting per erkend specialisme
 moet beschikken over een opleidingskommissie.
 De beoordeling wordt dan opgedragen aan deze

kommissie, waarbij de door de SRC erkende opleider de eindverantwoordelijkheid draagt.

Dit voorstel sluit aan op de gang van zaken die in een aantal gevallen in de praktijk reeds wordt gevolgd. Het is dan ook eerder een formalisering van de bestaande gang van zaken dan een maatregel tot beëindiging van een algemeen aanwezige ongewenste toestand.

10.6 Tijdstip van beoordeling

Het huidige beleid schrijft een jaarlijkse beoordeling van de assistent-geneeskundige voor. Deze frekwentie is afgestemd op de veronderstelling dat de opleiding geheel of grotendeels op een en dezelfde afdeling wordt doorgebracht. Momenteel wordt een belangrijk aantal programma-onderdelen, met een lengte die varieert van enkele maanden tot een jaar, op andere afdelingen doorgebracht (zie paragraaf 6.5). Deze diskrepantie tussen beleid en omgeving heeft tot gevolg dat in de jaarlijkse beoordeling werkzaamheden van assistent-geneeskundigen in aanmerking moeten worden genomen die soms maanden daarvoor op een andere afdeling zijn afgesloten. Om hierin verbetering te brengen wordt voorgesteld:

12. in de algemene eisen te bepalen dat een beoordeling steeds plaatsvindt aan het einde van een programma-onderdeel. Als het onderdeel langer dan een jaar duurt, zal een tussentijdse beoordeling moeten plaatsvinden.

10.7 De selekterende beoordeling

In het beleid is vastgelegd dat een assistent aan het einde van het eerste jaar beoordeeld moet worden op geschiktheid voor de verdere opleiding. In de heilkundige specialismen geldt voor deze selekterende beoordeling een periode van twee jaar. Deze selectie is in de praktijk niet altijd doeltreffend als gevolg van de hiervoor besproken tekortkomingen ten aanzien van de validiteit en betrouwbaarheid van de beoordeling. In de paragrafen 10.2, 10.3 en 10.5 zijn voorstellen gedaan om op deze punten tot verbetering te komen.

Met deze voorstellen kunnen echter niet alle problemen rond de selekterende beoordeling worden opgelost. Met name bieden ze geen oplossing voor de moeilijkheden die kunnen ontstaan in de gevallen waarin de assistent na de selekterende beoordeling de opleiding voortzet in een deelspecialisme.

De selekterende beoordeling is een uitspraak over de geschiktheid tot voortzetting van de opleiding in het specialisme waarin men tot dan gewerkt heeft. Dit betekent dat als aansluitend de opleiding in een deelspecialisme wordt begonnen, na een jaar opnieuw over voortzetting van de opleiding moet worden beslist. Mocht dit oordeel afwijzend zijn, dan moet het eerder uitgebrachte oordeel ertoe kunnen leiden dat de opleiding in het moederspecialisme voortgezet kan worden.

Dergelijke situaties met strijdige oordelen dienen uiteraard zoveel mogelijk voorkomen te worden. Daarom is het gewenst dat de SRC bevordert dat de opleider in het deelspecialisme mede wordt betrokken in de beoordeling aan het einde van de vooropleiding. In dit verband is het noodzakelijk dat reeds bij het begin van de opleiding wordt vastgelegd wie de opleider voor het deelspecialisme zal zijn*). Een voorschrift daartoe kan in aanvulling op de algemene opleidingseis A-7 worden vastgelegd.

*) Het Centraal College streeft er momenteel naar dit in de bijzondere eisen vast te leggen.



11. PROBLEEMANALYSE: EISEN AAN DE OPLEIDERS

11.1 Opleider en opleidingsteam

Het beleid gaat bij de selectie van opleiders uit van een situatie waarin de assistent overwegend door het afdelingshoofd zelf wordt opgeleid. Er worden dan ook uitsluitend eisen gesteld aan deze persoon. Op dit punt vertoont het beleid een diskrepantie met de feitelijke situatie. In de praktijk heeft het afdelingshoofd slechts een beperkt aandeel in het opleidingsproces (zie de paragrafen 6.3 en 6.5). De diskrepantie heeft tot gevolg dat van alle feitelijke opleiders alleen het afdelingshoofd op kwaliteit wordt geselecteerd.

In reactie daarop werd reeds in het rapport van de Studiekommissie Meervoudig Opleiderschap (1972) de vraag aan de orde gesteld of de eisen aan de opleider niet omgewerkt moeten worden tot eisen aan meerdere personen op de afdeling. De kommissie kon hierover niet tot een eensluidend advies komen, waarna het Centraal College de vraag heeft laten rusten.

Wel nam het College de aanbeveling over het instellen van opleidingskommissies te bevorderen. Zodoende werd de organisatiestructuur wel enigszins aangepast aan de gewijzigde opleidingsomgeving maar bleef een overeenkomstige aanpassing van de eisen aan de opleiders achterwege. Dit verklaart waarom de kwaliteit van de opleiders een regelmatig terugkerend aandachtspunt in het Centraal College is gebleven. De discussie richtte zich daarbij in de laatste jaren onder meer op het vraagstuk van het "opleiden van opleiders".

De hierboven aangegeven diskrepantie kan worden opgeheven of verkleind door de eisen aan de opleiders niet langer te beperken tot het hoofd van de afdeling. Om te bereiken dat het Centraal College de kwaliteit van alle werkelijke opleiders kan beïnvloeden staan in principe twee wegen open:

1. Uitbreiding van de eisen aan de opleider tot alle afzonderlijke leden van het opleidingsteam;

Aan deze oplossing kleven twee praktische problemen. In de eerste plaats neemt het aantal te beoordelen personen fors toe (op basis van de cijfers van de SRC per 1 januari 1984 van 507 tot 3049, aangenomen dat alle stafleden op opleidingsafdelingen beoordeeld zouden worden). In de tweede plaats vereist deze benadering dat het

Centraal College, waar nodig, individuele leden van het team de opleidingsbevoegdheid kan ontzeggen.

2. Het stellen van eisen aan het opleidingsteam als geheel;

Voor toekenning van de opleidingsbevoegdheid wordt dan nagegaan of de medische, wetenschappelijke, didaktische en organisatorische kwaliteit van de staf van de afdeling als geheel voldoende is.

Er wordt derhalve voor toekenning van de opleidingsbevoegdheid gekeken naar het kollektief niveau op de betrokken punten.

Uitsluiting van individuele stafleden is hierbij niet aan de orde.

Het tweede alternatief sluit aan op een reeds voorkomende gang van zaken bij de visitatie. Om deze reden wordt voorgesteld:

13. de eisen aan de opleider te herformuleren als
eisen aan het opleidingsteam.

Als gevolg van de wijziging van de eisen aan de opleiders zullen ook de visitatievoorschriften moeten worden aangepast. In dit verband is het zinvol er op te wijzen dat visitatiekommissies problemen hebben met de operationalisering van de huidige eisen aan de opleider. Deze problemen kunnen worden bestreden door het ontwikkelen van een beoordelingsinstrument en het voorschrijven van het gebruik daarvan in de visitatievoorschriften. Het Concilium van de Nederlandsche Internisten Vereniging heeft met zo'n instrument voor de beoordeling van de opleiders enige jaren geëxperimenteerd (Schalm & Roos, 1981).

11.2 Eindverantwoordelijkheid voor het opleidingsteam

Het stellen van eisen aan het opleidingsteam houdt de erkenning in dat het team als geheel verantwoordelijk is voor de opleiding. Om de werkzaamheden van de SRC en de visitatiekommissies niet te bemoeilijken is het noodzakelijk dat steeds één persoon de eindverantwoordelijkheid draagt. Bij het vormgeven van deze eindverantwoordelijkheid ligt het voor de hand aansluiting te zoeken bij de huidige regeling, waarin het afdelingshoofd de verantwoordelijkheid naar buiten toe draagt. Over deze regeling bestaan geen klachten. Soms is de afdelingsorganisatie echter zo gekompliceerd dat er geen sprake is van een éénhoofdig, maar van een kollektief leiderschap. Voorts doet zich soms de situatie voor dat het afdelingshoofd gedurende langere tijd zijn werkzaamheden niet vervult. Dit alles in aanmerking genomen wordt voorgesteld de verantwoordelijkheid van het opleidingsteam naar buiten toe te regelen in een algemene

opleidingseis die ertoe leidt dat:

- 14a. de eindverantwoordelijkheid voor het opleidings-
team wordt gedragen door één persoon, de officiële
opleider, die bij voorkeur afdelingshoofd is;
- 14b. hij zich kan laten vervangen door een tweede persoon,
de plaatsvervangend opleider*).

11.3 Deskundigheid van opleiders

In paragraaf 11.1 is voorgesteld de beoordeling van het afdelingshoofd te vervangen door een beoordeling van opleidingsteams. Uitsluiting door de SRC van individuele teamleden van opleidingsactiviteiten is in dit voorstel niet mogelijk. Als een teamlid in het vervullen van zijn opleidings-taak tekortschiet, zullen de overige teamleden de gevolgen daarvan moeten opvangen. Het Centraal College kan op dit punt veel problemen ondervangen door in het beleid maatregelen uit te werken gericht op bevordering van de deskundigheid van teamleden aangaande het opleidingsproces. In de huisartsenopleiding worden op dit terrein vergelijkbare activiteiten ontplooid ten behoeve van de daar geselecteerde opleiders. Voor de specialistenopleiding kan worden gedacht aan konferenties, trainingen, instructie-avonden e.d., waarop kennis en vaardigheden op het gebied van de voorbereiding, uitvoering en evaluatie van de opleiding worden overgedragen.

Omdat verwacht kan worden dat dergelijke activiteiten voor onervaren leden van opleidingsteams meer rendement zullen hebben dan voor ervaren leden ligt het voor de hand de deskundigheidsbevordering in de eerste plaats toe te spitsen op de eerstgenoemden. Daarom wordt voorgesteld:

- 15. nieuwe leden van opleidingsteams te verplichten
deel te nemen aan bijeenkomsten, waarin zij op
hun opleidingstaken worden voorbereid.

Daarnaast kan aan erkende opleiders op vrijwillige basis deelname worden aangeboden aan bijeenkomsten waar zij hun bekwaamheden op opleidingsgebied verder kunnen ontwikkelen. Een hoog rendement kan hier worden bereikt door het verzorgen van activiteiten voor complete opleidings-teams, ter plaatse op de afdeling.

*) Medio 1985 werkte het Centraal College aan een regeling voor het plaatsvervangend opleiderschap.

11.4 Realiseerbaarheid

Zoals in paragraaf 11.1 is uiteengezet, is in het begin van de jaren zeventig een poging mislukt om de eisen aan het afdelingshoofd te vervangen door eisen aan het opleidingsteam. De oorzaak daarvoor kan gezocht worden in weerstanden van de kant van de opleiders tegen het afkalven van hun bevoegdheden. Ze worden in het rapport van de Studiekommissie Meervoudig Opleiderschap (1972:3) als nadelen van het erkennen van meerdere opleiders op een afdeling o.a. genoemd dat "in een aantal opleidingen onderlinge spanningen kunnen ontstaan omdat geassocieerde medewerkers tegen de wil van de opleider in als officiële mede-opleider erkend willen worden".

Het is de vraag of meer dan tien jaar na dato soortgelijke bezwaren nog steeds gelden. Bovendien kan het Centraal College besluiten tot een geleidelijke invoering. De erkenning van opleidingsteams kan worden gerealiseerd op het moment dat er een nieuw hoofd op een opleidingsafdeling wordt benoemd of als een afdeling voor het eerst tot het opleidingscircuit wordt toegelaten.

Voor de praktische realisering van de deskundigheidsbevordering kan worden overwogen een beroep te doen op onderwijskundige centra die aan de medische fakulteiten verbonden zijn. Verschillende daarvan hebben op dit gebied ruime ervaring met medici. Door samenwerking met de medische fakulteiten behoeven de kosten geen probleem te zijn.

12. PROBLEEMANALYSE: EISEN AAN DE OPLEIDINGSINRICHTINGEN

In de voorafgaande hoofdstukken is een aantal voorstellen gedaan die bij aanvaarding mede veranderingen vragen in de eisen aan de opleidingsinrichtingen. Deze veranderingen worden hieronder puntsgewijs behandeld:

- a. In het verleden bracht de assistent als regel de gehele opleiding op één en dezelfde afdeling door. De eisen aan de opleidingsinrichtingen zijn dan ook op deze situatie afgestemd. Momenteel wordt de opleiding doorgaans gespreid over diverse afdelingen in en buiten de opleidingsinrichting (zie paragraaf 6.5). Soms zijn dit afdelingen die zelf geen status als opleidingsafdeling hebben. Deze zijn derhalve niet aan opleidingseisen onderworpen en visitatiekommissies hebben formeel geen grond om toezicht op deze afdelingen te houden. Om hieraan een einde te maken, wordt voorgesteld in de algemene eisen aan de opleidingsinrichtingen op te nemen dat:

- 16. de visitatiekommissie de opleidingsafdeling en de daarbij behorende stage-afdelingen controleert.

Dit voorstel houdt in dat ook de karakteristieken van stage-afdelingen in het toezicht van de visitatiekommissies en de SRC kunnen worden betrokken.

- b. In hoofdstuk 9 zijn voorstellen gedaan voor nadere uitwerking van de inhoud van de opleiding. Zo wordt het dan mogelijk dat visitatiekommissies de afdelingswerkzaamheden aan deze eisen toetsen. Wanneer wordt geconstateerd dat deze werkzaamheden niet aan de gestelde eisen voldoen moet ingrijpen mogelijk zijn. Met het oog op de in paragraaf 6.4 besproken variaties in het patiëntenbestand van de opleidingsafdelingen is het niet realistisch te eisen dat de werkzaamheden op opleidingsafdelingen te allen tijde de totale inhoud van de opleiding moeten dekken. Maar in de eisen kan wel worden opgenomen:

- 17. dat de SRC opleiders kan verplichten hun assistenten voor omschreven typen werkzaamheden elders stages te laten lopen, als er inhoudelijke lakunes in de werkzaamheden op een opleidingsafdeling worden geconstateerd.

- c. In paragraaf 9.3 is voorgesteld bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen in de inhoud van de opleiding op

te nemen. In het verlengde hiervan wordt voorgesteld in de algemene opleidingseisen op te nemen:

18. dat in een opleidingsinrichting sprake moet zijn van een goed funktionerend proces van bewaking en bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen, e.e.a. ter beoordeling van de visitatiekommissie.

- d. In hoofdstuk elf zijn voorstellen gedaan om de eisen aan de afdelingshoofden te verbreden tot eisen aan het opleidingsteam en om ook de beoordeling aan dit team op te dragen. Voor de organisatorische vormgeving van dit team kan aansluiting worden gezocht bij de bestaande konstruktie van de opleidingskommissie. Momenteel is de opleider vrij al dan geen opleidingskommissie in het leven te roepen*). Als uitvloeisel van bovengenoemde voorstellen zal de opleidingskommissie verplicht moeten worden voorgeschreven. Daarom wordt voorgesteld in de algemene eisen te bepalen:

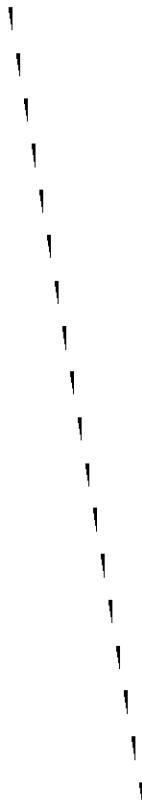
19. dat opleidingsafdelingen dienen te beschikken over een goed funktionerende opleidingskommissie; dit laatste ter beoordeling van de visitatiekommissie.

Over de realiseerbaarheid van deze vier voorstellen kan nog het volgende worden opgemerkt. Het kontroleren van met opleidingsafdelingen verbonden stage-afdelingen door visitatiekommissies komt momenteel al voor en zal daarom op weinig weerstand behoeven te stuiten. Bemoeienis van de visitatiekommissies en de SRC met lakunes in de opleiding komt regelmatig voor. In een enkel geval stuit dit op weerstand van de zijde van een individuele opleider. Maar gezien de zorgen van de wetenschappelijke verenigingen ten aanzien van een evenwichtige inhoud van de opleiding zal ook dit voorstel weinig problemen behoeven op te leveren. Een overeenkomstige redenering kan worden gevolgd ten aanzien van de bewaking en

*) In de bijzondere opleidingseisen voor psychiatrie (1983) wordt de opleidingskommissie verplicht voorgeschreven. Medio 1985 werkte het Centraal College aan een verplichte instelling van opleidingskommissies per opleiding, resp. per opleidingsinrichting, naar aanleiding van voorstellen daartoe van de SRC.

bevordering van de kwaliteit van het medisch handelen.

De realisering van het laatste voorstel roept mogelijk wel weerstanden op omdat ze ervaren kan worden als een inbreuk op wat in het opleidingsnetwerk wel wordt aangeduid met de term "de autonomie van de opleider". Dit onderwerp is reeds in paragraaf 11.4 aan de orde geweest. Op deze plaats kan nog worden gewezen op het feit dat nog in 1980 41% van de assistent-geneeskundigen werkte op een opleidingsafdeling zonder opleidingskommissie. Dit kan wijzen op een potentieel grote weerstand bij opleiders tegen het delen van opleidingsbevoegdheden met anderen.



13. PROBLEEMANALYSE: DE THEORETISCHE OPLEIDING

In het opleidingsbeleid wordt er van uitgegaan dat de opleiding tot medisch specialist een praktijkopleiding is. "The training system is based on the assumption that specializing is a process centered on acquiring practical experience and manual skills" (Van Voorthuisen, 1978:76). Kennis en vaardigheden worden dan niet in aparte programma-onderdelen aangeboden. Ze worden overgedragen in het kader van het verrichten van de werkzaamheden op de afdeling. De daarbij opgedane kennis wordt verder aangevuld door zelfstudie. In de overwegingen die aan het beleid ten grondslag liggen wordt theoretisch onderwijs in aparte programma-onderdelen binnen de opleiding overigens niet afgewezen; ze wordt als een mogelijke ontwikkeling in de toekomst beschouwd*).

Uit het omgevingsonderzoek komt naar voren dat het theoretisch onderwijs een duidelijke plaats in de opleiding heeft gekregen. In 1978 was er voor twintig specialismen (met 80% van de assistenten) landelijk onderwijs in voorbereiding of uitvoering. In 1980 volgde 40% van alle assistenten theoretisch onderwijs tegen 24% in 1975 (zie paragraaf 6.8). In de komende jaren zal de verdere groei van de medische wetenschap naar verwachting de behoefte aan theoretisch onderwijs verder doen toenemen, hoewel financiële beperkingen deze ontwikkeling afremmen.

Als gevolg van de afstemming op de praktijkopleiding hebben de algemene opleidingseisen momenteel uitsluitend betrekking op de praktische werkzaamheden. Gegeven de omvang van het theoretisch onderwijs kan hier derhalve gesproken worden van een diskrepantie tussen opleidingsbeleid en opleidingsomgeving. Deze heeft tot gevolg dat het Centraal College geen daadwerkelijk toezicht kan uitoefenen op de inhoud en toetsing van het theoretisch onderwijs.

Binnen het opleidingsnetwerk wordt het ontbreken van dit toezicht duidelijk als een tekortkoming gevoeld. Dit uit zich o.a. in voorstellen van wetenschappelijke verenigingen voor het vastleggen van de inhoud van

*) Onder zelfstandig theoretisch onderwijs wordt hier verstaan: een opleidingsproces, gericht op overdracht van kennis met behulp van werkvormen buiten de praktische werkzaamheden om, met geselecteerd studiemateriaal en geprogrammeerde zelfstudietijd alsmede toetsing van opleidingseffekten op vastgestelde tijdstippen in de opleiding.

theoretisch onderwijs in bijzondere eisen. Een aantal specialismen (o.a. anesthesiologie, longziekten, medische microbiologie, psychiatrie en revalidatie) is er reeds toe overgegaan in de bijzondere eisen melding te maken van theoretisch onderwijs. In sommige bijzondere eisen (o.a. voor longziekten en psychiatrie) is ook een nadere omschrijving van de inhoud van dit onderwijs vastgelegd.

In hoofdstuk negen zijn voorstellen gedaan om in de algemene opleidings-eisen een kader te scheppen voor de uitwerking van de inhoud van de opleiding in de bijzondere eisen. De voorstellen hebben betrekking op het theoretische en het praktische gedeelte van de inhoud. Bij het formuleren van voorstellen voor het theoretische gedeelte is als uitgangspunt genomen dat de opleiding een beroepsopleiding is. Dit uitgangspunt heeft tot gevolg dat de over te dragen kennis een directe betekenis dient te hebben voor de te verrichten werkzaamheden in de latere praktijk. Bij theoretisch onderwijs dreigt het gevaar dat deze relatie tot de praktijk in meer of mindere mate verloren gaat. Theoretisch onderwijs heeft in de opleiding per definitie een eigen plaats, gescheiden van de praktische werkzaamheden. In het verlengde van deze organisatorische scheiding kan zich ook een inhoudelijke scheiding gaan voltrekken. Zo'n scheiding wordt veelvuldig aangetroffen in de artsenopleiding. Veel theoretisch onderwijs stopt daar na een systematische behandeling van kennis, zodat de student er zelf achter moet komen hoe die kennis in de praktijk wordt gehanteerd. De poging om te komen tot geïntegreerd thematisch onderwijs in de artsenopleiding kan in dit licht worden gezien (De Roo, 1978).

Het gevaar is niet denkbeeldig dat theoretisch onderwijs in de specialistenopleiding dezelfde tekortkoming gaat vertonen. In dit verband kan onder meer worden gewezen op mogelijke gevolgen van de (in het eerste interimrapport van de Commissie-POAG uit 1976 voorgestelde) combinatie van theoretisch onderwijs met het PAOG. Door zo'n combinatie zal de doelgroep voor het theoretisch onderwijs heterogener worden. Aanpassing aan die heterogeniteit zal onvermijdelijk leiden tot onderwijs dat qua inhoud verder af komt te staan van de specifieke werksituatie van de assistent-geneeskundige.

Bescherming tegen het uiteengroeien van de theoretische en praktische gedeelten van de opleiding kan worden geboden door in de bijzondere eisen de inhoud van de opleiding steeds te omschrijven in termen van

werkzaamheden en de daarbij behorende kennis. Een voorstel van deze strekking is in paragraaf 9.3 geformuleerd.

Zoals gezegd, ontbreekt in de algemene eisen ook een kader voor de toetsing van de resultaten van het theoretisch onderwijs. En ook op dit punt wordt het Centraal College gekonfronteerd met initiatieven van wetenschappelijke verenigingen. In 1981 werd besloten de toetsing van de Basiskursus Heelkunde in de bijzondere eisen op te nemen. In de (in 1984 vastgestelde) bijzondere eisen voor de oogheelkunde worden drie landelijke toetsen genoemd en wordt de beoordeling van de toetsresultaten in handen gelegd van een examenkommissie*). De gedachten binnen de LVAG gaan hier enigszins een andere richting uit. Deze organisatie is van mening dat er eerst garanties behoren te komen voor de kwaliteit van het theoretisch onderwijs en dat pas daarna een toets in de opleidingseisen kan worden opgenomen. De uitkomsten van een toets zouden vooral gebruikt moeten worden om de opleiders te evalueren.

In hoofdstuk tien zijn voorstellen gedaan om een kader te scheppen voor de toetsing van de theoretische kennis van de assistent-geneeskundige in het algemeen en voor de toetsing van het theoretisch onderwijs in het bijzonder. Er is voorgesteld te streven naar een voortgangstoets om de toename van de kennis van de assistent-geneeskundige zichtbaar te maken. Tevens is gepleit voor het integreren van de toetsing van theoretisch onderwijs in zo'n voortgangstoets (hetgeen neerkomt op het invoeren van een toetsingssysteem zoals in de Medische Faculteit Maastricht wordt gehanteerd).

Bovendien zijn twee voorstellen gedaan die in het bijzonder bedoeld zijn om de samenhang tussen theoretische en praktische onderdelen van de opleiding te beschermen. In de eerste plaats is voorgesteld dat de toetsing van de resultaten van theoretisch onderwijs primair te richten op het vermogen kennis toe te passen op praktische problemen. Voorts zijn in paragraaf 10.4 voorstellen gedaan om de toetsresultaten zodanig in de beoordeling op te nemen dat ze steeds geïnterpreteerd kunnen worden in samenhang met de beoordeling van het praktisch werk.

*) Bij het Centraal College werd medio 1985 gewerkt aan een voorstel om de toetsresultaten in de beoordelingsprocedure te integreren.

14. PROBLEEMANALYSE: DE DEELTIJDSE OPLEIDING

14.1 De vraag naar deeltijdse opleidingen

Het beleid voorziet uitsluitend in het totstandbrengen en instandhouden van full-time opleidingen. Op dit punt is er sprake van een diskrepantie met de vraag in en buiten het opleidingsnetwerk naar deeltijdse opleidingen. Hoewel deze vraag al lang bestaat is ze pas in de laatste jaren krachtig naar voren gekomen.

De vraag naar deeltijdse opleidingen wordt gevoed door de vrouwen-emancipatie en veranderingen in het arbeidsethos. In paragraaf 6.9 is deze vraag nader omschreven. Uit het daar verschafte cijfermateriaal blijkt o.a. dat 17% van de mannelijke en 45% van de vrouwelijke artsen (die in 1977, 1978 en 1979 afstudeerden) de door hen gekozen specialisten-opleiding part-time zouden willen volgen. Uit een LVAG-onderzoek uit 1980 bleek dat 40% van de ondervraagde assistenten het wenselijke vond dat er mogelijkheden werden geschapen voor deeltijdse opleidingen. Inmiddels is door de Europese Commissie een richtlijn vastgesteld die deeltijdse specialistenopleidingen mogelijk maakt. Daarmee is een belangrijke formele hinderpaal voor het realiseren van deeltijdse opleidingen weggenomen.

De realisering van deeltijdse opleidingen wordt nagestreefd door de Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen (VNVA). Tevens is sedert juni 1981 de Landelijke Aktiegroep voor Medische Deeltijdopleiding en -Arbeid (LAMDOA) actief. In 1981 besloot het College Huisartsengeneeskunde een experiment met een part-time opleiding te starten.

De toegenomen vraag naar deeltijdse opleidingen leidt tot een diskrepantie van het opleidingsbeleid met de omgevingskenmerken, die van een andere orde is dan de hiervoor besproken diskrepanties. De voorgaande diskrepanties hadden negatieve gevolgen voor het verloop c.q. het resultaat van het opleidingsproces. Het ontbreken van een deeltijdse opleiding heeft dergelijke gevolgen niet. De gevolgen liggen meer in de sfeer van een afbrokkeling van het maatschappelijk draagvlak van het op voltijdse opleidingen gerichte beleid. Aan deze afbrokkeling kan een halt worden toegeroepen door in het beleid deeltijdse opleidingen mogelijk te maken. In de resterende paragrafen van dit hoofdstuk wordt nagegaan welke problemen zich daarbij voordoen en hoe die kunnen worden opgelost.

14.2 Vormen van deeltijdse opleiding

Bij het invoeren van deeltijdse opleidingen moet worden geregeld in welke vorm ze zullen worden aangeboden en wie op dit punt beslissingen neemt. Een overzicht van vormen van deeltijdse opleidingen in de VS is te vinden bij Shapiro et al. (1979). Zij onderscheiden de volgende zes vormen:

1. Overlappende duo-baan, waarbij twee personen één opleidingsplaats bezetten. Ze worden beiden half-time betaald, maar werken langer zodat hun werktijden overlappen.
2. Verkorte werktijd, waarbij twee personen één opleidingsplaats bezetten en dagelijks werkzaam zijn voor een beperkt aantal uren (die bij elkaar opgeteld de volledige werktijd opleveren).
3. Wisselend full-time werk in blokken, waarbij twee personen samen een hele opleidingsplaats bezetten en afwisselend full-time werken.
4. De gedeelde dienst, waarbij twee personen één opleidingsplaats bezetten en aansluitende delen van de dienst verzorgen.
5. De speciale opleidingsplaats, bestemd voor een assistent die met een verkorte dagtaak werkt.
6. Speciale afspraken, waarbij een deeltijdse opleiding van geval tot geval wordt geregeld op basis van individuele behoefte.

Weinberg (1969:1439) is van mening dat de gevolgen van een deeltijdse opleiding voor de kwaliteit van de patiëntenzorg afhangen van de aard van het betrokken specialisme. "Some fields such as pathology and radiology don't involve day-to-day direct patient responsibility. Other specialities involve primarily episodic care. Anesthesiology is an example. Certainly in these fields there need be little fear that an individual patient will suffer because a particular resident was not available.

Such fields as medicine and surgery present a different problem. In these specialities some patients will need round-the-clock care by a responsible physician, but even the hardest-working (or hardest-worked) residents do not provide this. Some evenings and weekends they fully inform another physician of their patients' condition and leave the hospital. This is considered acceptable. It might also be acceptable for the part-time resident with a reduced patient load to do the same thing several hours earlier in the day. Patient care need not suffer

if, in planning the caseload of the relief physician, adequate provision is made for the increased responsibility.

It must be stressed that not all the resident's time is spent with patients who require constant care. The surgery resident assigned to an accident ward, or the pediatric resident on an outpatient clinic rotation cares for patients during certain hours of the day. His absence at other hours is not considered detrimental to patient care".

Uit dit citaat komt naar voren dat bij de vormgeving van de deeltijdse opleiding nadrukkelijk rekening moet worden gehouden met de kenmerken van het proces van patiëntenzorg binnen een specialisme. Aangezien de kenmerken van de patiëntenzorg per specialisme verschillen, zal dit ook met de vormgeving van de deeltijdse opleiding het geval moeten zijn. Verder moet in aanmerking worden genomen dat de patiëntenzorg ook binnen een specialisme verschillen vertoont onder invloed van plaatselijke organisatorische kenmerken van opleidingsafdelingen.

Om bovengenoemde redenen wordt voorgesteld in de algemene eisen te bepalen:

- 20a. dat de opleider (c.q. het opleidingsteam) de vormgeving van de deeltijdse opleiding bepaalt en ter goedkeuring aan de SRC voorlegt*).
- 20b. Tevens dient in de algemene regels te worden vastgelegd dat het Centraal College regels kan vaststellen op grond waarvan de SRC haar beslissingen neemt.

14.3 De jaarlijkse beoordeling

De jaarlijkse beoordeling heeft betrekking op de prestaties van de assistent gedurende een periode van twaalf maanden voorafgaande aan het tijdstip van beoordeling. De deeltijdse opleiding heeft tot gevolg dat de te beoordelen werkzaamheden in die periode een belangrijk geringere

*) In dit verband is het van belang, kennis te nemen van de resultaten van het eerdergenoemde onderzoek van Shapiro et al. (1979) onder 1479 opleidingsinrichtingen in de V.S. Uit het onderzoek bleek dat 56% van de aangeboden deeltijdse opleidingen behoorde tot het onder zes genoemde type, dat de meeste mogelijkheden tot aanpassing aan situationele omstandigheden biedt. Van de overige deeltijdse opleidingen behoorde 29% tot de eerstgenoemde 3 typen.

omvang hebben dan in het geval van een voltijdse opleiding. Dit leidt tot twee problemen:

- a) door de lagere frekwentie van de kontakten wordt het vermogen van de beoordelaar tot het opbouwen van een goed overzicht van de werkzaamheden van de assistent aangetast. (In de praktijk wordt dit probleem versterkt, doordat de assistent met wisselende leden van het opleidingsteam te maken zal krijgen).
- b) de opleidingseffekten zullen per definitie per tijdseenheid minder verstrekkend zijn dan in een voltijdse opleiding. De deeltijdse assistent moet dus met andere maatstaven (nl. aangepaste maatstaven in relatie tot de tijd) dan gangbaar worden beoordeeld.

Het eerste probleem kan ertoe leiden dat bij de beoordeling niet alle relevante werkzaamheden van de assistent in aanmerking worden genomen. Het tweede probleem roept het gevaar op dat de gebruikte maatstaven van geval tot geval wisselen. Het lijkt redelijk te veronderstellen dat zich - zeker per opleidingsafdeling - een zekere beoordelingsstrategie heeft ontwikkeld met onuitgesproken maar redelijk stabiele maatstaven. Deze zijn bij de deeltijdse beoordeling niet zonder meer bruikbaar.

Voorgesteld wordt het eerste probleem te ondervangen met behulp van een registratie van de werkzaamheden van de assistent als onderdeel van de beoordelingsprocedure. (Dit voorstel ligt in het verlengde van hetgeen is voorgesteld bij de eisen aan de inhoud van de opleiding). Het tweede probleem zou kunnen worden bestreden door het vervangen van de jaarlijkse beoordeling door een beoordeling per (in de bijzondere eisen te specificeren) programma-onderdeel. Dit sluit aan op de wijzigingen in de beoordelingsprocedure, zoals voorgesteld in hoofdstuk tien.

14.4 De eindbeoordeling

Aan de eindbeoordeling kleven, naast de problemen die in de vorige paragraaf zijn genoemd, nog twee specifieke problemen. Aan het einde van de opleiding moet worden beoordeeld of de assistent het betrokken werkterrein voldoende beheerst. De beoordelaar dient dan een min of meer volledig overzicht te hebben over de prestaties van de assistent op de verschillende onderdelen van het werkterrein. Dit overzicht wordt in de voltijdse opleiding opgebouwd in een periode die tenminste het laatste jaar van de opleiding omvat. In de deeltijdse opleiding zijn deze prestaties over een langere periode gespreid. Dit bemoeilijkt het

verkrijgen van een goed zicht op deze prestaties. Voorts moet er bij de beoordeling van iemand in deeltijdse opleiding rekening mee worden gehouden, dat vaardigheden verloren kunnen gaan door onvoldoende frequent gebruik. Het is dus niet genoeg dat de beoordelaar weet dat die vaardigheden op een zeker moment in de opleiding zijn verworven. Hij zal zich er in voorkomende gevallen ook van moeten overtuigen dat ze nog steeds op nivo aanwezig zijn.

Deze problemen kunnen worden bestreden door in de algemene opleidingseisen te bepalen:

- 21a. dat het laatste gedeelte van een opleiding niet in deeltijd mag worden gelopen.

Bij het vaststellen van de lengte van het laatste gedeelte is het gewenst rekening te houden met de kenmerken van het specialisme. In verband daarmee zou het Centraal College in de algemene eisen kunnen aangeven dat deze periode in beginsel kan variëren van zes tot twaalf maanden. In deze periode dient de assistent werkzaamheden te verrichten die gespreid zijn over het gehele werkterrein. Op deze wijze kan, beter dan onder deeltijdse omstandigheden, een indruk worden verkregen van de kwaliteiten van de assistent.

14.5 Realiseerbaarheid

Bij de vraag naar de realiseerbaarheid van deeltijdse opleidingen moet in het oog worden gehouden dat de daadwerkelijke realisering zich op het niveau van de opleidingsafdeling moet voltrekken. Het Centraal College kan - ook tegen eventueel verzet van wetenschappelijke verenigingen in - de mogelijkheid voor deeltijdse opleidingen in de algemene opleidingseisen openen. Daarna hangt het echter van de individuele opleiders af of ze bereid zijn iemand in deeltijdse opleiding te nemen. Het valt niet goed in te zien hoe het Centraal College opleiders tegen hun wil in hier toe zouden kunnen brengen. Als het Centraal College tot deeltijdse opleidingen besluit, verschuift het probleem eerder dan dat het wordt opgelost.

Daar staat tegenover dat zo lang het College de opleidingseisen niet aanpast, elke opleider zich achter het bestaande beleid zal kunnen verschuilen. Aanpassing van de opleidingseisen is dan ook niet zozeer een keuze voor deeltijdse opleidingen, maar een beleidsbeslissing om

een keuze voor deeltijdse opleidingen, maar een beleidsbeslissing om de discussie over deeltijdse opleidingen op afdelingsniveau te openen*).

*) Medio 1985 was een voorstel voor het mogelijk maken van deeltijdse opleidingen bij het Centraal College in voorbereiding.

15. DOELTREFFENDHEID VAN DE BELEIDSINSTRUMENTEN

15.1 Inleiding

In hoofdstuk vijf is uiteengezet dat het Centraal College de visitatie en de jaarlijkse beoordeling van de opleiding gebruikt als instrumenten om de uitvoering van het beleid te controleren en bij te sturen. In hoofdstuk 4 is aangekondigd dat in het kader van het evaluatie-onderzoek ook wordt ingegaan op de doeltreffendheid van de genoemde instrumenten. In dit verband kan gewezen worden op de groeiende belangstelling in en buiten het opleidingsnetwerk voor de kwaliteit van de zorg. Een neven-effekt van deze belangstelling is de toegenomen druk op de opleidingsorganisatie om de kwaliteit van de opleidingen duidelijk te verantwoorden.

De evaluatie van het opleidingsbeleid in de voorafgaande hoofdstukken kan worden beschouwd als een respons van het Centraal College op de vraag naar externe verantwoording. In de voorafgaande hoofdstukken is een poging gedaan om het bestaande beleid inzichtelijk te maken, knelpunten te analyseren en mogelijkheden aan te geven ter verbetering van het verloop en de resultaten van de opleiding. Voor een meer volledige verantwoording is echter gewenst ook inzicht te geven in de doeltreffendheid van de instrumenten die worden gebruikt om de juiste uitvoering van het beleid te waarborgen.

Onder doeltreffendheid van de beleidsinstrumenten wordt hier verstaan: het vermogen de feitelijke gang van zaken in de opleidingen te laten overeenkomen met de beoogde gang van zaken, zoals vastgelegd in het beleid. In dit hoofdstuk wordt dit vermogen nader onderzocht. Daartoe zijn de instrumenten aan een analyse onderworpen om na te gaan of ze kunnen sturen wat ze geacht worden te sturen. Ten aanzien van de visitatie heeft tevens een beperkte empirisch onderzoek plaatsgevonden aan de hand van een inhoudsanalyse van visitatierapporten.

15.2 De visitatie

Visitatie is het beleidsinstrument om opleiders, opleidingen en opleidingsinrichtingen zo goed mogelijk aan de gestelde eisen te laten voldoen. Visitatie geschiedt door de leden van de visitatiekommissies, onder verantwoordelijkheid van de SRC (zie hoofdstuk 4). De visitatiekommissie gaat te werk aan de hand van een door het Centraal College voorgeschreven

visitatierapport. Dit is uit drie delen opgebouwd en omvat een checklist die de algemene en bijzondere opleidingseisen bestrijkt. Visitatie vormt de basis van de beslissing door de SRC tot toekenning c.q. verlenging van de opleidingsbevoegdheid. Bestaande opleidingsafdelingen worden ten minste eenmaal per vijf jaar gevisiteerd en voorts op het moment waarop er een nieuw hoofd voor de opleidingsafdeling is benoemd. Tussen 1967 en 1973 werden er 1479 visitaties uitgevoerd, waarbij in 175 gevallen de opleidingsbevoegdheid niet werd toegekend of werd ingetrokken. In tabel 5.1 is een overzicht gegeven van de door de SRC genomen beslissingen in de periode 1978-1983.

Tabel 15.1 Beslissingen over het verlengen c.q. toekennen van opleidingsbevoegdheid 1978-1983

jaar	opleidings- bevoegdheid ingetrokken	eerste aanvraag niet toegekend	opleidings- bevoegdheid verlengd of toegekend
1978	6	10	116
1979	8	5	66
1980	9	4	122
1981	3	16	130
1982	7	6	132
1983	10	9	127

Bron: SRC jaarverslagen.

Een visitatiekommissie verzamelt informatie en doet een voorstel voor het al dan niet toekennen van opleidingsbevoegdheid aan de SRC. De doeltreffendheid van de visitatie als instrument voor toezicht en bijsturing van de uitvoering van het beleid is dan in de eerste plaats afhankelijk van de volledigheid van de informatie die de commissie verzamelt. Om op dit punt meer informatie te krijgen zijn 37 visitatierapporten uit 1980 nader onderzocht. De welwillende medewerking van de SRC verdient hierbij bijzondere vermelding, aangezien visitatierapporten zo vertrouwelijk worden behandeld dat tot voor kort zelfs opleiders geen inzage kregen in het over hen uitgebrachte rapport. De rapporten hadden betrekking op opleidingen in veertien specialismen. Aan de hand van de in hoofdstuk vier onderscheiden beleidskategorieën is een inhoudsanalyse van deze rapporten verricht. In die rapporten kwamen 188 onderwerpen aan de orde, als volgt verdeeld over de diverse beleidskategorieën:

- eisen aan de opleider 29x
- eisen aan de opleidingsinrichting 52x*)
- eisen aan de programma-opbouw 21x
- eisen aan de programma-inhoud 25x
- eisen aan de werkvormen 33x

Bovendien werd 28 maal ingegaan op samenwerkingsrelaties, hetzij op de afdeling, hetzij binnen de opleidingsinrichting.

Uit bovenstaand overzicht blijkt dat er één beleidskategorie volledig in de visitatierapporten ontbreekt. Visitatiekommissies verdiepen zich kennelijk niet in de gang van zaken rond de beoordeling, althans ze rapporteren er niet over. Voorts valt op dat er nogal wat aandacht wordt besteed aan de samenwerkingsrelaties op de afdeling en daarbuiten. Hierin komt de waarde tot uitdrukking die visitatoren hechten aan een goed werkklimaat. Het is echter moeilijk op dit punt een opleidingsbevoegdheid in te trekken of af te wijzen, aangezien er geen algemene opleidingseis is met betrekking tot het werkklimaat op een opleidingsafdeling c.q. in een opleidingsinrichting.

De genoemde cijfers spreiden goed over de resterende beleidskategorieën. Bij bestudering van de afzonderlijke visitatierapporten blijken echter grote verschillen. Sommige rapporten bevatten opmerkingen over alle genoemde beleidskategorieën, maar er zijn ook rapporten die slechts twee of drie categorieën aansnijden. Het behoeft dan ook geen verbazing te wekken dat de besluitvorming over zes van de onderzochte visitatierapporten uiteindelijk door de SRC⁴ werden aangehouden teneinde meer informatie te krijgen over de desbetreffende afdelingen.

Mede op grond van de inhoudsanalyse kunnen dan de volgende opmerkingen over de visitatie worden gemaakt:

- a. Onuitgewerkt derde deel van het visitatierapport. Wil visitatie een doeltreffend beleidsinstrument zijn, dan is het nodig dat de visitatiekommissies nagaan of in de praktijk aan alle gestelde eisen wordt voldaan. De eerste twee delen van het visitatierapport vormen op dit punt geen probleem omdat ze een vrij nauwkeurige checklist

*) eisen aan de personele voorzieningen: 18x
eisen aan de materiële voorzieningen: 21x
eisen aan het patiëntenbestand: 13x

vormen voor de naleving van de algemene eisen. Wel zijn er problemen met het derde deel van het rapport, dat mede betrekking heeft op de bijzondere eisen. Deze worden in dit deel niet opgesomd. Er wordt volstaan met een open vraag over het voldoen aan de bijzondere eisen. Dit betekent dat visitatoren naar eigen inzicht kunnen handelen ten aanzien van de bijzondere eisen. Er is geen garantie dat de toetsing van de bestaande situatie aan de bijzondere eisen steeds op overeenkomstige punten plaatsvindt. Zo'n garantie kan op eenvoudige wijze worden geschapen door het systematisch uitwerken van een checklist per specialisme van het derde deel van het visitatierapport. Een aantal specialismen heeft dit reeds gedaan en de SRC stimuleert deze ontwikkeling.

- b. Verschillende mogelijkheden tot operationalisering. De visitatie zal slechts doeltreffend zijn als in vergelijkbare situaties door de visitatoren vergelijkbare informatie wordt verzameld. In dit verband moet worden opgemerkt, dat de eisen aan de opleiders en opleidingen niet altijd in operationele vorm in het visitatierapport zijn opgenomen. Dit geeft de visitatoren mogelijkheden tot eigen interpretatie, zonder dat ze genoodzaakt zijn in het visitatierapport aan te geven welke interpretatie is gehanteerd.

Als gevolg hiervan doen zich herhaaldelijk een tweetal verschijnselen voor in de besluitvorming over visitatierapporten. Het eerste is dat de Commissie van Uitvoering of de plenaire SRC-vergadering aanvullende informatie op het visitatierapport wensen, omdat niet duidelijk is of alle te beoordelen aspecten van de opleiding zijn bekeken en op welke wijze dat is gebeurd. Het tweede verschijnsel is, dat beoordeelde opleiders (en soms ook anderen) de interpretatie van de opleidingseisen door de visitatoren en het daarop gebaseerde oordeel over de toekenning van de opleidingsbevoegdheid aanvechten. De problemen die zodoende ontstaan, zijn te bestrijden door een verdere verfijning van het visitatie-instrument. Daarbij kan worden gedacht aan:

- 22a. betere operationalisering van de opleidings-eisen in het visitatierapport, en/of
- 22b. uitbreiding van visitatiekommissies met een onafhankelijke buitenstaander, en/of
- 22c. bevorderen van de deskundigheid van visitatoren, b.v. middels symposia of studiedagen over visitatie.

15.3 Beoordeling van de opleiding

Met de jaarlijkse beoordeling van de opleiding, door de opleider samen met zijn assistent-geneeskundigen en de overige leden van het opleidings-team, moet worden bevorderd dat het opleidingsproces door de betrokkenen op afdelingsniveau regelmatig wordt doorgelicht. De beoordeling geschiedt aan de hand van een door het Centraal College vastgesteld formulier. Over het gebruik van dit formulier op opleidingsafdelingen zijn geen gegevens beschikbaar. Ten aanzien van de uitwerking van het instrument kunnen de volgende opmerkingen worden gemaakt:

- a. Om doeltreffend te werken moet het evaluatieformulier een systematische checklist zijn van alle onderwerpen waarover op afdelingsniveau in het kader van de opleiding beslissingen worden genomen. Daarom wordt voorgesteld:
 - 23. een verbeterde versie van het huidige formulier te ontwikkelen op basis van regelmatig in visitatierapporten terugkerende knelpunten in de uitvoering van de opleiding.
- b. De beoordeling van de opleiding is niet verplicht gesteld. Het Centraal College en de SRC hebben dan ook geen overzicht van de frekwentie waarmee het beleidsinstrument wordt gebruikt, noch van de resultaten van de beoordelingsactiviteiten. In dit verband wordt voorgesteld:
 - 24. de opleider te verplichten jaarlijks een verslag van de beoordeling van de opleiding aan de SRC toe te zenden. De SRC dient deze verslagen aan de visitatiekommissie ter beschikking te stellen.

Wanneer zo'n maatregel verzet van de kant van de opleiders oproept kan een minder verstreckende maatregel worden overwogen. Het Centraal College kan in de visitatievoorschriften bepalen dat de visitatiekommissie aan de SRC mede rapport uitbrengt over het functioneren van de jaarlijkse beoordeling op de onderzochte afdeling.

- c. Een (al dan niet verplichte) beoordeling heeft alleen zin als de betrokkenen in staat zijn tekorten daadwerkelijk weg te werken. In dit verband moet er op worden gewezen dat de opleiding geheel op eigen kracht door de opleider c.q. de opleidingskommissie moet worden

vormgegeven en verbeterd (soms met enige hulp van de visitatiekommissies). Deze situatie zou aanmerkelijk verbeteren als de SRC bevordert dat in voorkomende gevallen hulp van ter zake deskundigen ingeroepen wordt. Bij organisatorische problemen kan steun worden ingeroepen van universitaire centra die zich bezighouden met organisatievraagstukken in de intramurale zorg. Bij medische problemen kan aan het Centraal Begeleidings Orgaan voor Interkollegiale Toetsing (CBO) worden gedacht. Voor onderwijskundige problemen zou een beroep kunnen worden gedaan op een van de onderwijskundige centra, verbonden aan de medische fakulteiten. Op deze wijze zou het Centraal College zonder financiële belemmeringen de optimalisering van opleidingsprocessen op afdelingsniveau kunnen bevorderen.

16. SLOTBESCHOUWING

16.1 Het veranderend sociaal-kulturele landschap

De Michelin-kaart is een zegen voor de vakantieganger die door Frankrijk reist. Ze maakt het mogelijk aantrekkelijke toeristische bestemmingen te kiezen en de mooiste of snelste routes uit te stippelen om deze te bereiken. Maar het landschap verandert door ingrijpen van de mens en kaarten verouderen daardoor. Wie daar niet op voorbereid is en met een gedateerde kaart op reis gaat kan voor onaangename verrassingen komen te staan. De pittoreske stroomversnelling blijkt verdwenen in een meer dat is ontstaan achter de inmiddels stroomafwaarts gebouwde stuwdam. Het beroemde museum is na een brand verplaatst naar een ander deel van de stad, het stadion is opgeheven. En niet alleen reisdoelen zullen verplaatst of verdwenen zijn, ook de reisroutes zullen veranderingen hebben ondergaan. De nieuwe snelweg staat op de kaart niet aangegeven en van ouds bekende wegen blijken plotseling slechts voor éénrichtingsverkeer bestemd of leiden via omleidingen naar onverwachte plaatsen. Wie beleid maakt kiest, evenals de vakantieganger, bestemmingen en routes om deze te bereiken. Zo'n keuze is niet willekeurig. Ze is (mede) gebaseerd op de kaart die beleidsmakers voor ogen hebben van het sociaal-kulturele en economische landschap waarin zij zich bewegen. In het in de voorgaande hoofdstukken gepresenteerde evaluatie-onderzoek is er van uitgegaan dat ook dit landschap veranderingen ondergaat. Gekozen beleidsdoelen blijken verder weg te liggen dan vroeger, de gebruikelijke wegen om ze te bereiken blijken moeilijker begaanbaar dan voorheen of laten nieuwe en snellere mogelijkheden onbenut.

In het evaluatie-onderzoek is er naar gestreefd de belangrijkste veranderingen in beeld te brengen die zich in de laatste decennia hebben voltrokken in het landschap waarin de opleiding tot medisch specialist zich afspeelt. Voorts is gepoogd te verduidelijken welke moeilijkheden bij het opleiden van medisch specialisten worden ondervonden, doordat het beleid niet of onvolledig aan deze veranderingen is aangepast. Uit de probleemanalyse komen, naast andere zaken, vooral knelpunten naar voren rond de einddoelen van de opleiding, de inhoud en de beoordeling: a. het einddoel van de opleiding, de voorbereiding op de zelfstandige uitoefening van het totale specialisme, is in veel gevallen achter haald. Erkende specialismen worden in toenemende mate partieel

uitgeoefend en de bestaande opleidingen slagen er in die gevallen niet altijd in een volledige voorbereiding te bieden op de latere werkzaamheden;

- b. de route naar het einddoel voert langs de werkzaamheden op de opleidingsafdeling. Maar deze weg leidt niet meer automatisch naar het gewenste doel. Het patiëntenbestand van opleidingsafdelingen is in veel gevallen niet langer representatief voor het gehele specialisme. De inhoud van de opleiding voor een specialisme wordt daardoor afhankelijk van de plaats waar men is opgeleid. Voorts is het opleidingsproces in veel gevallen gespreid over een verscheidenheid aan afdelingen en leden van opleidingsteams. Daardoor is het moeilijk een goede koördinatie te verzekeren, die leidt tot een evenwichtig samengesteld pakket werkzaamheden van de assistent-geneeskundige.

En bovendien is een parallel aan de praktische opleiding een nieuwe weg in aanleg, in de vorm van theoretisch onderwijs dat zijn plaats in het opleidingsproces zoekt.

- c. de beoordeling van de assistent-geneeskundige is een vorm van personeelsbeoordeling die als zodanig recht doet aan het praktisch karakter van de opleiding. Maar in zijn huidige vorm is ze onvoldoende uitgewerkt om uitdrukking te kunnen geven aan de complexiteit van het opleidingsproces. Het is dan ook niet altijd zeker of de assistent-geneeskundige daadwerkelijk en voldoende in de gewenste richting vordert.

Het eerste knelpunt zal verdwijnen als het Centraal College er in slaagt een duidelijke visie te formuleren op de wijze, waarop de opleiding tot medisch specialist op de beroepspraktijk moet aansluiten en de voortschrijdende arbeidsverdeling tussen specialisten zal worden vertaald in het aanbod van opleidingen. Met zo'n visie zal het niet langer nodig zijn voorstellen tot erkenning van nieuwe specialismen ad hoc af te handelen. Tevens zal het College in voorkomende gevallen richting kunnen geven aan discussies over het opheffen van een bestaande aantekening of het instellen van een nieuwe, zoals die in 1985 in het opleidingsnetwerk gevoerd werden over de klinische neuro-fysiologie, de nucleaire geneeskunde en de klinische geriatrie. In hoofdstuk acht zijn uitgangspunten voor zo'n te ontwikkelen visie geformuleerd. Gepleit is voor een ruimere formulering van het einddoel van de opleiding tot medisch specialist,

gekoppeld aan de introductie van differentiatiemogelijkheden binnen de bestaande opleiding en voortgezette opleidingen na de registratie. Op deze wijze kan een meer pluriform aanbod van opleidingen ontstaan dat beter dan het huidige aanbod kan aansluiten op de arbeidsverdeling tussen medische specialisten.

Het tweede knelpunt lijkt op het eerste gezicht al voor een groot deel verdwenen doordat steeds meer wetenschappelijke verenigingen de inhoud van de opleiding in de bijzondere eisen zijn gaan specificeren. Veel van deze specificaties dragen door een gebrek aan systematiek niet werkelijk bij tot het opheffen van de gesignaleerde knelpunten. Bovendien is er een probleem rond het toezicht op de effectuering van de inhoudelijke eisen in de opleiding van de individuele assistent. Momenteel kan dit toezicht slechts aan het einde van de opleiding worden uitgeoefend, en wel in beperkte mate door na te gaan of de voorgeschreven stages zijn gevolgd en de voorgeschreven aantallen operaties zijn verricht. Het Centraal College kan op deze punten verbeteringen bereiken door in de algemene opleidingseisen een duidelijk kader aan te geven voor de uitwerking van de inhoud in de bijzondere eisen. In hoofdstuk negen is aangegeven dat dit kan gebeuren door in de algemene opleidingseisen duidelijk te omschrijven welke onderdelen van het takenpakket van de medisch specialist in de opleiding aan de orde dienen te komen. Tevens zijn voorstellen gedaan om te komen tot een evenwichtige uitwerking van de inhoud van de opleiding in de bijzondere eisen.

Rond het derde knelpunt, de beoordeling van de assistent-geneeskundige, vallen binnen het opleidingsnetwerk weinig of geen initiatieven waar te nemen, afgezien van de activiteiten rond de toetsing van de effecten van het theoretisch onderwijs. Dit is enigszins verbazingwekkend, omdat de zwakke kanten van de huidige beoordeling wel degelijk onderkend worden. De eigen beleidsruimte biedt het Centraal College hier voldoende mogelijkheden om met eigen initiatieven te komen teneinde het vigerende, maar slechts elementair ontwikkelde, stelsel van personeelsbeoordeling in de opleidingen verder te ontwikkelen. In hoofdstuk tien zijn voorstellen gedaan om de bestaande beoordelingsinstrumenten verder te ontwikkelen. Het is ongetwijfeld de moeite waard veel in de beoordeling te investeren. Een doeltreffende beoordeling draagt minstens even krachtig bij tot de kwaliteit van de opleiding van de individuele assistent-geneeskundige als de visitatiekommissies bijdragen tot de kwaliteit van de kondities waaronder de opleiding zich voltrekt.

16.2 Het gebruik van de onderzoeksresultaten

In hoofdstuk drie is uiteengezet dat het evaluatie-onderzoek in de eerste plaats is bedoeld om de bestaande opleidingsproblematiek meer inzichtelijk te maken, zodat personen en groepen in het opleidings-netwerk met meer kennis en begrip van de feitelijke situatie en van de veranderingsmogelijkheden deel kunnen nemen aan de meningsvorming en besluitvorming over het opleidingsbeleid. In zekere zin is het nog te vroeg om nu reeds de vraag aan de orde te stellen of het onderzoek op dit punt aan zijn doel heeft beantwoord. Niet het eindrapport, dat in de herfst van 1982 aan het Centraal College werd aangeboden, maar dit boek is immers de feitelijke afsluiting van het onderzoek.

Het eindrapport van de COS uit 1982 bevatte een opsomming en toelichting van de aanbevelingen die uit het onderzoek zijn voortgekomen. Met zijn 34 pagina's (exklusief bijlagen) is het dan ook in de eerste plaats een dokument dat de lezer op de hoogte stelde van de uitkomsten van het onderzoek. Als zodanig bevatte het te weinig om een substantiële vergroting van het inzicht van de lezer in de opleidingsproblematiek te bereiken. Om zoiets te bereiken is het tevens nodig uitgebreid en gedokumenteerd de gedachtengang aan te bieden die tot de onderzoeks-resultaten heeft geleid.

In de voorgaande hoofdstukken is gepoogd dit laatste te realiseren. Na het uitbrengen van het eindrapport zijn de, in de tussen 1979 en 1982 uitgebrachte voortgangsrapporten (De Roo, 1980a, b en c; 1981 en 1982) opgenomen, gegevens en analyses opnieuw bewerkt en aangevuld. Bovendien zijn nieuwe onderzoeksgegevens verzameld die betrekking hebben op het patiëntenbestand van opleidingsafdelingen, de aandachtsgebieden binnen de urologie en de neurologie (De Roo, 1984a en b) en de inhoud van visitatie-rapporten.

Een en ander neemt natuurlijk niet weg dat het eindrapport bij het Centraal College beleidsreacties heeft opgeroepen. Het is dan ook aantrekkelijk om in deze slotbeschouwing die reacties aan een nader onderzoek te onderwerpen. Eenvoudig is dit echter niet. Vanaf het moment dat evaluatie-onderzoekers hun eerste werkzaamheden begonnen, hebben zij zich afgevraagd in hoeverre hun onderzoeksresultaten in de praktijk worden gebruikt. Het aanvankelijk optimisme over de mogelijkheden om deze vraag te beantwoorden, heeft plaats gemaakt voor de erkenning van de aanzienlijke methodologische

problemen die verbonden zijn aan het bestuderen van de relatie onderzoek-beleid. "The whole process through which research penetrates the sphere of organizational decision making - the process of understanding, accepting, reorienting, adapting and applying research results to the role of practice - is more fluid and diffuse than the earlier image implied" (Weiss, 1979:2).

Ter afsluiting van dit hoofdstuk wordt dan ook volstaan met het beschrijven van veranderingen, die zich in het opleidingsbeleid hebben voorgedaan of voordoen sedert de start van het evaluatie-onderzoek. En zonder exakte oorzakelijke verbanden te willen vaststellen, zal worden aangegeven in hoeverre in deze veranderingen overeenkomen met voorstellen die in de zes voortgangsrapporten zijn terug te vinden.

16.3 Reacties op het eindrapport

Het is een bekend verschijnsel dat het verrichten van een evaluatie-onderzoek als zodanig reeds effecten oproept. Vaak zet de onderzoeker door het stellen van vragen of het beschrijven van feitelijke situaties de doelgroep ten aanzien van bepaalde zaken in beweging of worden aanwezige ontwikkelingen versneld. In het onderhavige onderzoek viel dit verschijnsel in drie gevallen waar te nemen:

- a. bij het voorbereiden van de voortgangsrapporten werden door de onderzoeker enige onvolkomenheden gekonstateerd ten aanzien van de naleving van bepaalde opleidingseisen. Deze zaken zijn slechts een enkele maal terloops in de voortgangsrapportage vermeld omdat het hier om uitvoeringsvraagstukken ging. (Alleen op de visitatie is uitgebreider ingegaan, waarover onder b meer.) Ze zijn uitvoeriger besproken in individuele gesprekken met leden van de opleidingsorganisatie en tijdens diskussies in de begeleidingskommissie over voorlopige versies van de voortgangsrapporten. Bij deze gelegenheden werden de door de onderzoeker gesignaleerde zaken steeds erkend en als ongewenst bestempeld. Dit kan er mede toe hebben bijgedragen dat in 1981 de SRC in een schrijven aan alle opleiders en in een publikatie in Medisch Contact aankondigde voortaan nauwkeuriger te gaan toezien op de naleving van de voorschriften inzake aanmelding en inschrijving van assistent-geneeskundigen.
- b. in het 4e en 5e voortgangsrapport (De Roo 1980c en 1981) zijn enige tekortkomingen in de visitatieprocedure ter sprake gebracht, waarvan

sommige reeds langer de aandacht van de SRC hadden. Per 1 juli 1982 traden nieuwe visitatievoorschriften in werking. Op enkele onderdelen liggen deze voorschriften in de lijn van de aanbevelingen in de genoemde voortgangsrapporten. Met name is een omschrijving geïntroduceerd van drie typen adviezen van de visitatiekommissie (voorwaarden, zwaarwegende adviezen en aanbevelingen).

- c. In het vijfde voortgangsrapport is onder meer gewezen op de groeiende noodzaak tot externe verantwoording van de gang van zaken in de opleiding. In de bespreking van de voorlopige versie van dit rapport is onder meer uitbreiding van informatie in jaarverslagen over de resultaten van visitaties aan de orde gekomen. Gekonstateerd kan worden dat dergelijke informatie in het jaarverslag van de SRC vanaf het verslag over 1981 te vinden is.

Terwijl het niet eenvoudig is een oorzakelijke relatie tussen het onderzoek en de bovengenoemde drie veranderingen vast te stellen, is dat gemakkelijker voor een aantal gebeurtenissen na de aanbidding van het eindrapport van de COS in 1982. Over de wijze waarop het Centraal College het rapport behandelde staat in het jaarverslag over 1982 het volgende te lezen:

"Tijdens de studiedag diskussiëerde het Centraal College, in aanwezigheid van zijn Commissie Opleidingsproblematiek Specialismen (COS) - uit welke commissie indertijd het initiatief tot dit onderzoek was genomen - uitvoerig over het eindrapport.

In een op deze algemene discussie volgende reguliere vergadering van het Centraal College sprak het College over de nu verder te volgen procedure, de follow-up van de studie van De Roo. Aan de hand van de in het rapport opgenomen aanbevelingen werd besloten vooralsnog te volstaan met enkele zeer konkrete punten, zoals bijvoorbeeld de herziening van de algemene eisen welke hier en daar langzamerhand enigszins door de tand des tijds lijken te zijn aangetast. Voorts zou in samenspraak met de wetenschappelijke verenigingen de kwestie deeltijd - opnieuw - onder de loep worden genomen.

De in het rapport vervatte gedachte tot instelling van een zogeheten projektgroep, welke een en ander binnen een bepaald tijdsbestek nader zou moeten analyseren en groeperen, nam het Centraal College, met name vanwege daaraan verbonden financiële implicaties, niet over. Pragmatisch achtte het College het reëler om bij bespreking van opleidingskwesties

ad hoc terug te vallen op de aanbevelingen.

In het kader van een brede verspreiding onder bij de specialisten-opleiding betrokkenen werd het eindrapport toegezonden aan alle wetenschappelijke verenigingen."

Het Centraal College heeft vervolgens in 1983 en 1984 enkele onderwerpen aangesneden die in het rapport ter sprake waren gebracht. Zoals in het jaarverslag over 1982 aangekondigd werden de wetenschappelijke verenigingen benaderd met het verzoek, hun standpunten kenbaar te maken ten aanzien van de deeltijdse opleiding. De verenigingen die op dit verzoek ingingen wezen vrijwel allen dergelijke opleidingen af. Of zij bij het vormen van hun standpunt de informatie en gedachtengang uit het eindrapport hebben gebruikt onttrekt zich aan de waarneming. Maar het is duidelijk dat in hun stellingnames de aanbevelingen uit het eindrapport niet werden overgenomen. Desalniettemin werkt het Centraal College voort aan voorstellen die wetenschappelijke verenigingen in staat zullen stellen deeltijdse opleidingen aan te bieden.

Verder heeft het College zich beziggehouden met de afstemming van de opleidingen op de beroepsuitoefening. De aanleiding hiervoor was tweeledig. Bij het erkennen van de specialismen klinische geriatrie en nucleaire geneeskunde heeft het College het voornemen uitgesproken mogelijkheden te scheppen voor het behalen van een aantekening voor deze gebieden door specialisten die voor een ander gebied geregistreerd staan. Dit voornemen sluit aan op de aanbeveling in het eindrapport om voortgezette opleidingen na de registratie te ontwikkelen. Daarnaast overweegt het College de klinische neuro-fysiologie als zelfstandig specialisme te erkennen. Momenteel kunnen neurologen op dit terrein na registratie een voortgezette opleiding volgen die tot een aantekening leidt.

Beide voorstellen waren in het voorjaar van 1985 nog volop in discussie binnen het opleidingsnetwerk. Achter deze discussie gaan ten minste voor een deel economische motieven schuil. Invoering van een aantekening en erkenning van specialismen leidt tot een herordening van werkterreinen, hetgeen economische gevolgen voor de betrokkenen kan hebben. Het behoeft dan ook geen verbazing te wekken dat de bijdrage van het eindrapport in deze discussie niet centraal staat. In dat rapport zijn economische overwegingen ondergeschikt aan onderwijskundige.

Ter afsluiting van deze paragraaf kan nog een aantal veranderingen in het beleid worden geresumeerd die reeds in voetnoten bij de desbetreffende

voorstellen in de voorafgaande hoofdstukken zijn vermeld. Het betreft hier een drietal beleidswijzigingen die medio 1985 bij het Centraal College in behandeling of voorbereiding waren. De eerste wijziging betreft de verplichte instelling van opleidingskommissies per opleiding en/of per opleidingsinrichting, ter verbetering van de coördinatie tussen verschillende opleidingsactiviteiten. De tweede wijziging betreft de regling van het plaatsvervangend opleiderschap. Ten derde wordt door het Centraal College gewerkt aan een regeling waarbij de assistent die een deelspecialisatie wil gaan doen reeds bij het begin van zijn opleiding (het deel dat wordt gevolgd in het "moederspecialisme") moet weten wie de opleider voor het deelspecialisme zal zijn. Zoals in het hoofdstuk over de beoordeling is aangegeven, is dit belangrijk in verband met de selekterende beoordeling aan het einde van het eerste of tweede jaar. Tenslotte kan er nog op worden gewezen dat de SRC nauwkeuriger is gaan toezien op de naleving van de voorschriften voor de beoordelingsprocedure.

16.4 Opleidingskapaciteit en kwaliteit van de opleiding

Het grootste deel van de beleidsactiviteiten van het Centraal College richtte zich na 1982 op een onderwerp dat in het evaluatie-onderzoek niet is aangesneden: de opleidingskapaciteit. "Het afgelopen jaar overziende is het vooral de problematiek rond de werkgelegenheid van artsen en specialisten die zich onverbiddelijk en in beslag nemend naar voren dringt" schreef de SRC in haar jaarverslag over 1983. De wetenschappelijke verenigingen begonnen gerichte initiatieven te nemen teneinde het aantal opleidingsplaatsen te reduceren (Jaspers 1983). Het Centraal College zag zich daardoor gedwongen op korte termijn met voorstellen te komen om een en ander in goede banen te leiden. Dit bleek niet eenvoudig. In het voorjaar van 1985 was er een vijfde ontwerp-voorstel bij het Centraal College in bespreking. Op dat moment zag het er overigens wel naar uit dat de besluitvorming over deze zaak in het najaar van 1985 tot een afronding zou komen.

Het door het Centraal College geformuleerde voorstel behelst een verzwaring van de eisen aan de opleidingsinrichtingen. Voorgesteld wordt uitsluitend nog volledige opleidingsbevoegdheid toe te kennen aan inrichtingen waar voor ten minste vijf specialismen opleiders door de SRC zijn erkend. Voor de gedeeltelijke opleidingsbevoegdheid (de B-opleiding) zijn opleiders voor ten minste twee specialismen vereist. Dit voorstel is

een doeltreffende manier om de opleidingscapaciteit in te krimpen. Maar het illustreert tevens hoezeer in het opleidingsbeleid de opleidingsinrichtingen (d.w.z. de materiële en personele voorwaarden waaronder wordt opgeleid) en niet de inhoud van de opleiding centraal staat.

Het Centraal College stond bij het uitwerken van voorstellen voor het probleem dat het naar zijn mening geen bevoegdheid heeft tot vaststellen van de opleidingscapaciteit. Bij herhaling heeft het College uitgesproken dat zijn taak uitsluitend is gelegen in het bevorderen van de kwaliteit van de opleidingen (jaarverslagen Centraal College 1967 en 1971; Van Nieuwenhuizen 1972). Als gevolg daarvan heeft het College zijn bijdrage aan de capaciteitsproblematiek gezocht in het nemen van maatregelen die de kwaliteit van de opleiding ten goede komen. Daarbij is het uitgekomen op het verzwaren van de eisen aan de opleidingsinrichtingen.

In het licht van de resultaten van het hiervoor gepresenteerde evaluatieonderzoek is dit een enigszins verrassende oplossing. Nergens in het onderzoek is namelijk naar voren gekomen dat er sprake zou zijn van belangrijke tekortkomingen in de personele en materiële voorzieningen van de tot het opleidingscircuit toegelaten inrichtingen. Uiteraard valt te verdedigen dat de kwaliteit van de opleidingen wordt bevorderd door zwaardere eisen aan de opleidingsinrichtingen. Maar het is de vraag of de winst hier groot zal zijn.

De grote knelpunten ten aanzien van de opleiding hebben betrekking op de inhoud en (vooral) de beoordeling. Het Centraal College had dan ook een aanpak kunnen volgen waarbij afdelingen in de eerste plaats worden toegelaten tot het opleidingscircuit op grond van hun inhoudelijke bijdrage aan de opleiding en hun vermogen om de assistent-geneeskundige regelmatig en doeltreffend te beoordelen. Ook zou op deze wijze een aantal opleidingsafdelingen kunnen afvallen en zou een aanzienlijke bijdrage tot het verhogen van de kwaliteit van de opleidingen worden geleverd.

Dit alternatief is echter sneller geformuleerd dan gerealiseerd. De inhoud van de opleiding kan pas centraal in het beleid komen te staan als de wetenschappelijke verenigingen er in slagen hun programmatische wensen in operationele termen te formuleren. De opleidingsinrichtingen zullen aansluitend met gegevens moeten aantonen in hoeverre zij deze wensen kunnen vervullen. Dit alles is niet in een handomdraai te realiseren en daarom is het begrijpelijk dat het Centraal College heeft gekozen voor snel realiseerbare maatregelen die het opleidingscircuit verkleinen. Maar er

is meer nodig om substantiële verbeteringen in de kwaliteit van de opleidingen aan te brengen. Nu de druk van de kwaliteitsproblematiek op het Centraal College begint te wijken, ontstaat er ruimte voor nieuwe initiatieven met betrekking tot de inhoud en beoordeling van het opleidingsproces, alsmede de aansluiting van de opleidingen op de vereisten van de beroepsuitoefening.

SUMMARY

The subject of this study is the educational policy of the Dutch Central Board for the Recognition and Registration of Medical Specialists. In the first chapter a short history is given of the way in which the training and registration of medical specialists has developed in The Netherlands. In 1932 this training was formalized as a consequence of the introduction of registers for medical specialists, controlled by the Specialist Registration Committee.

In 1961 a major reorganization took place by which the Central Board became the policy-making center of the organizational structure for the training and registration of medical specialists.

During the sixties the Central Board revised and refined the guidelines for medical specialist training programs. As a side effect fundamental training policy issues developed that could not be handled without in-depth study. In 1970 the Central Board asked a committee of qualified experts in specialist training policy for an assessment about the nature of and solutions for the existing problems. In the first chapter this request is taken to be an effort in order to use an informal evaluation strategy for preparing proposals for changes in the existing training policy.

After several rather unproductive years the committee switched to an other approach, that of a formal evaluation study which was developed and implemented by one of the members. The design and results of this study are reported in this thesis. First a number of educational evaluation strategies is reviewed in chapter two. There it is explained that the available strategies emerge from two sources. The first one is the accreditation movement that developed in the USA in the beginning of the twentieth century. The second one is the system-based curriculum development approach that became popular in the USA in the fifties. Following a categorization made by Stufflebeam and Webster (1980) six main strategies are identified:

- educational policy studies;
- decision-oriented research;
- consumer-oriented research;
- client-oriented research;
- connoisseur-based studies;
- professional judgement.

Then, a description is given of the solutions these strategies offer for seven central problems that should be solved in evaluation designs. The problems are: the technical skills required for the evaluator; the selection of the criteria and the standards to be used; the procedures for relating the standards to the criteria; the relation between the evaluation on the one hand and the decision-making about the evaluation object on the other hand; the selection of the target group for the evaluation results and the way the results are made convincing to it. In chapter two it is stressed that - given the actual stage of development of the educational evaluation theory - an evaluation design should be a configuration of elements (selected from the existing strategies) that fits the specific circumstances of the study.

In chapter three the features of the configuration used for the evaluation of the policy of the Central Board are described. The object of evaluation is described as the policy, adopted by the Central Board, for medical specialist training programs. The Board itself is regarded as the primary target group for the evaluation results, the secondary target group being the interorganizational network that has developed around the specialist training. The evaluation has a twofold goal: to identify weaknesses in the existing policy and to develop proposals for policy changes on these points. The weaknesses are found by judging the congruence between the educational policy and the environment of the specialist training organization. For this purpose the environment is defined in terms of the structure and policies of the organizations in the interorganizational network that surrounds the training programs. The congruence is considered to be insufficient if 1) the existing situation obstructs the intended effectiveness of the training process or its results and 2) this obstruction effects the action of one or more groups in the network directed to policy changes. In those cases in which the congruence turned out to be insufficient, proposals are developed for policy changes that can contribute towards the realization of the intended effectiveness. In the evaluation design a division of labor has been worked out between the evaluator and the committee of experts asked by the Central Board to give an assessment. The evaluator has selected criteria and standards, has analyzed the congruence between the policy and the environmental characteristics and has developed policy changes. In all these cases the evaluator has offered his decisions as proposals to a selected group of

committee members. On the basis of the comment obtained the evaluator then reported to the committee as a whole. This kind of division of labor, in which there is a shared responsibility for key decisions in the evaluation process between the researcher and (a part of) the target group corresponds with the client-oriented evaluation strategy.

In chapter four the object of the evaluation, i.e. the educational policy of the Central Board, is described. The policy goals are divided into general and specific goals. The general goals specify those areas of medicine that are recognized as specialties and for which training programs are offered. They also specify the quality level of the programs and the main features of the content, the working methods and the assessment of training effects. The specific goals relate to the selection of teaching departments and their heads, the program content, the working methods, the structuring of the program and the assessment of the performance of the residents. Two policy instruments are discussed: the site visit and the annual program review by the medical staff and the residents of a teaching department.

In chapter five the organizational structure for the specialist training is described. The division of labor, tasks and responsibilities over the Central Board, the Specialist Registration Committee and the teaching departments is discussed. The size of the organization is discussed as well. It is shown that the number of teaching departments increased by 80% between 1967 and 1982 while the number of residents meanwhile more than doubled. After 1982 these numbers decreased as a consequence of difficulties for medical specialists to find a job. This chapter ends with the identification of the participants in the interorganizational network that surrounds the training programmes. In this network the professional organizations, the government, the medical schools, the hospitals and the organizations of residents participate.

Nine changes in the environment of the training organization which are detrimental to the effectiveness of the training processes and results under the current policy of the Central Board are presented in chapter six. The first two changes pertain to the growth of the staff of training departments and the spreading of parts of the training program over departments and hospitals. These two changes make it hard to assure a balanced and continuing supervision of the resident.

Another two other changes pertain to the growing division of labor within

recognized specialties and the division of labor between various hospitals (regionalization). These changes create difficulties in the realization of a balanced content of the training programs. Changing labor conditions lead to a decreasing time volume in the programs. Together with the growth of medical skills and knowledge and with new tasks for medical specialists it becomes more difficult to offer an adequate training program within the given time volume. In addition, theoretical education is a new element in the training. It is not controlled by the current policy of the Central Board. Continuing education puts new demands on the training policy. Finally, there is a substantial demand for part-time training.

In the chapters seven to fifteen the implications of these changes for current training are worked out in a problem analysis. This analysis contains the following elements: a description of the content of a policy element and of the original environmental characteristics with which it was congruent; a description of the changes in these characteristics as documented in chapter six; a description of the incongruences and their negative consequences for the training processes or results; a description of activities of groups in the network, directed at the policy changes in reaction to these incongruences.

Building upon the problem analysis, recommendations are given for policy changes. Differentiation of existing training programs and the creation of advanced training programs are recommended in order to improve the relationship between the specialist training and the job requirements for the specialist. Some proposals are made to improve the description of the program content in the Central Board guidelines by specifying types of activities for the resident. A third cluster of recommendations relates to the improvement of the way in which residents are assessed by their supervisors. The whole supervising staff of a training department should take part in the assessment procedure. A detailed and specialty-specific checklist to be used for assessing clinical competence should be developed. In addition recommendations are given to adapt the current guidelines to make part-time training possible. Proposals are also made to change the requirements for the training hospitals and to improve the effectiveness of the site visit activities. The thesis ends with a review of policy changes implemented since the recommendations resulting from the evaluation have been offered to the Central Board.

BIJLAGE 1: Samenstelling van de Commissie Opleidingsproblematiek
Specialismen (COS)

Het voorzitterschap van de COS werd tot 1 september 1982 bekleed door Prof.Dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen. In de loop der tijd is de kommissie geleidelijk aan van samenstelling veranderd. Sedert 1977 maakten naast de voorzitter deel uit van de kommissie:

- Drs. N.J. Dersjant, sinds medio 1979
- Prof.Dr. F. van Faassen
- H. van Giffen
- Dr. M.J. Hartgerink
- W.J. de Jager
- B.T.G. de Jong
- Prof.Dr. A. Kemp
- Prof.Drs. C.F. van der Klauw, sedert medio 1979
- L.H.M. van Lanschot, tot medio 1980
- Dr. J. van Mansvelt
- Dr. A.C. Nieuwenhuyzen Kruseman
- Prof.Dr. G. den Otter
- Dr. E. Reerink
- Dr. H. Roelink
- Drs. A.A. de Roo
- Ir. F.J. Schijff, tot medio 1979
- Dr. A. Sikkel, vanaf medio 1979
- Prof.Dr. J. van der Sluys Veer
- Dr. L.P.H.J. de Vink
- Dr. D. Wolvius
- Mevr.Mr. H.A. van Andel, sekretaris

Nadat Prof.Dr. C.L.C. van Nieuwenhuizen en Prof.Dr. A. Kemp hun lidmaatschap van het Centraal College hadden neergelegd, traden Prof.Dr. F.G. Bouman en Dr. W. van Zeven - in 1981 resp. voorzitter en ondervoorzitter van het Centraal College - tot de kommissie toe. De laatstgenoemde nam, nadat hij reeds enige malen als waarnemend voorzitter had gefundeerd, per 1 september 1982 het voorzitterschap op zich.

BIJLAGE 2: Formulier voor de jaarlijkse beoordeling van de
assistent-geneeskundige.

FORMULIER A/B

JAARLIJKSE BEOORDELING VAN DE ASSISTENT-GENEESKUNDIGE DOOR DE OPLEIDER EN ZIJN
MEDEWERKERS

(ingevolge A. 17 en A. 20 van het besluit no: 2 - 1968 van het Centraal College)

Beoordelingsdatum: Betreft: (naam ass.gen.) in opleiding sinds: Voor het specialisme: Opleider: Opleidingsinrichting:	
<u>WERKHOUDING</u> Belangstelling t.o.v. zijn specialisme en de vakliteratuur: Initiatief t.o.v. zijn werk: wetenschappelijke arbeid: doceren: Kwaliteit van werken: Kwantiteit van werken:	
<u>ALGEMENE HOUDING</u> Zelfvertrouwen: Zelfkritiek: Geschikt voor het specialisme in mentale en lichamelijke zin: Houding tegenover patiënten: Houding tegenover verplegend personeel: Houding tegenover collegae: Werken in teamverband:	
<u>PRESTATIES</u> Kennis op diagnostisch gebied: Kennis op therapeutisch gebied: Handvaardigheid: Afwerking van gegeven opdrachten: administratieve kant: verslagen: rapporten: ontslagbrieven: Kwaliteit van de gehouden voordrachten of referaten: Werkt hij/zij aan een wetenschappelijk onderwerp:	
<u>VOORTZETTING VAN DE OPLEIDING</u> Is genoemde collega geschikt en/of in staat de opleiding voor zijn specialisme voort te zetten? ja/nee Zo neen, welke zijn hiervoor Uw redenen? N.B. Deze vraag geldt in het bijzonder voor de beoordeling aan het einde van het eerste, voor het specialisme heekunde het tweede, opleidingsjaar. Bijzondere eigenschappen of kwaliteiten: Suggesties om eventuele zwakke punten te verbeteren:	

Voor gezien,
de assistent-geneeskundige:

Handtekening opleider:

BIJLAGE 3: Beoordeling van de assistent-geneeskundige aan het einde van de opleiding.

FORMULIER C tegen het einde van de opleiding,
(ingevolge A. 23 van het besluit no: 2 - 1966 van
het Centraal College)

OPLEIDER:

KLINIEK:

SPECIALISME:

Ondergetekende

is van oordeel, dat Collega

geboren te

datum artsexamen

opgeleid voor het specialisme

aanvang opleiding

einde opleiding

wel
niet geschikt en in staat moet worden geacht dit specialisme zelfstandig

naar behoren uit te oefenen.

Datum:

Handtekening opleider:



BIJLAGE 4: Het model-visitatierapport.

Visitatierapport deel I

Vragen te beantwoorden door de opleider

Betreft het specialisme:

Opleidingsinrichting:

Datum visitatie:

Voorgaande visitatie d.d.

Visitatie verricht door 1
 2.
 3.

Met schrijfmachine invullen (i.v.p.)

A. ALGEMEEN GEDEELTE betreffende de opleider

A1. PERSONALIA OPLEIDER

Naam en voornamen:

Adres en woonplaats:

Artsexamen (datum - universiteit):

Promotie (datum - titel proefschrift):

Waar had de promotie plaats?

Waar en wanneer had de opleiding tot specialist plaats?

Datum inschrijving in het register van erkende specialisten:

Betreffende het specialisme:

Lid landelijke en/of buitenlandse wetenschappelijke vereniging:

landelijke/buitenlandse

Worden daarvan de vergaderingen regelmatig bezocht?

Worden congressen op vakgebied bezocht?

ja/neen

Zo ja, welke en wanneer hadden deze plaats?

(laatste 3 jaren op te geven)

Publicaties (lijst bijvoegen)

Hebt u een onderwijsopdracht?

ja/neen

Zo ja, hoe luidt deze?

Welke zijn de verdere wetenschappelijke interessen?

Hebt u hiervan publicaties in voorbereiding?

Worden naast de opleiding sociale functies op vakgebied vervuld?

ja/neen

Zo ja, welke?

Hebt u een regelmatig en intensief contact met andere opleiders in uw discipline?

Worden er regelmatig besprekingen gevoerd met de opleiders van andere disciplines in uw ziekenhuis?

Hebt u in het ziekenhuis een bepaald budget voor

a. aanschaf van instrumenten:

b. wetenschappelijk onderzoek:

Hoe groot is het door u voor a en b te besteden budget?

A2. WERKZAAMHEDEN OPLEIDER

Voorheen werkzaam als specialist in ziekenhuis:

Functie:

Thans werkzaam als specialist in ziekenhuis:

Sedert:

Al of niet benoemd na open sollicitatie:

Hebt u uw consultatieve praktijk in het opleidingsziekenhuis?

Zo ja,

a. ziekenfondsspreekuur:

tijd:

b. particulier spreekuur:

tijd:

Spreekuur aan huis:

tijd:

Spreekuur in andere ziekenhuizen:

tijd:

ja/nee

dagen:

van

tot

dagen:

van

tot

dagen:

van

tot

dagen:

van

tot

A3. VASTE MEDEWERKERS OPLEIDINGS-AFDELING

Hebben andere geneesheren of wetenschappelijke medewerkers een functie in de opleiding?

Zo ja, deze te vermelden op bijlage.

Hebben zij behalve hun medewerking bij de opleiding nog bepaalde wetenschappelijke opdrachten?

Zo ja, welke?

Te vermelden op bijlage.

Is een chef de clinique of een in rang gelijkstaande wetenschappelijke medewerker werkzaam?

Zo ja, vervult deze een full-time functie?

Te vermelden op bijlage.

Zijn naast bovengenoemde nog andere geneesheren-specialisten in de opleiding geïntegreerd?

Zo ja, deze te vermelden op bijlage.

ja/nee

ja/nee

ja/nee

ja/nee

A4. ASSISTENTEN OPLEIDINGS-AFDELING

Welke assistenten zijn bij u in opleiding?

Te vermelden op bijlage.

Zijn in uw kliniek buitenlandse artsen in opleiding?

Zo ja, deze te vermelden op bijlage.

Welke zijn de op uw afdeling werkzame artsen, die niet tot specialist worden opgeleid?

Te vermelden op bijlage.

Hospiteren regelmatig buitenlandse artsen?

Zo ja, voor welke tijdsduur?

Volgen assistenten uit andere disciplines stage op uw afdeling?

Zo ja, voor welke tijdsduur en waarom?

Zijn er vacatures in het vaste assistenten-corps?

Zo ja, welke?

Zijn er co-assistenten in opleiding?

Zo ja, hoeveel en voor welke tijdsduur?

Zijn de assistenten individueel/collectief W.A.-verzekerd?

Zo ja, door wie?

ja/nee

ja/nee

ja/nee

ja/nee

ja/nee

ja/nee

ziekenhuis/persoonlijk

A5. OPEN/GESLOTEN AFDELINGEN

Indien u op een open afdeling met meerdere vakcollegae werkzaam bent, zijn deze aan de opleiding verbonden?

Zo ja, deze apart te vermelden.

Hoeveel bedden bezetten deze collegae?

ja/nee

Visitatie-rapport deel II

Vragen te beantwoorden door het bestuur en/of de directie van de opleidingsinrichting

Betreft het specialisme:

Opleidingsinrichting:

Datum visitatie:

Voorgaande visitatie d.d.

Visitatie verricht door 1.

2.

3.

Met schrijfmachine invullen (s.v.p.)

B. INRICHTINGSGEDEELTE betreffende de opleidingsinrichting

B1. ZAKELIJKE GEGEVENS

Naam van de opleidingsinrichting:

Adres:

Hoofd van de opleidingsafdeling:

Naam van de secretaris van het bestuur of het curatorium der inrichting:

Adres:

Naam van de Geneesheer-Directeur/Directeur-Genesheer:

Datum eerste erkenning als opleidingsinrichting voor het specialisme:

Is erkenning gegeven voor een bepaalde termijn, voor 5 jaar of korter?

Wordt er in andere specialismen in deze opleidingsinrichting opleiding gegeven?

Zo ja, een A- of B-opleiding?

Indien een opleidingsinrichting voor één specialisme, welke specialisten zijn als vaste consultants aan de inrichting verbonden?

Wie consulteren incidenteel?

ja/nee

B2. DE OPLEIDING

Worden regelmatig assistenten tot specialisten opgeleid?

Worden ook co-assistenten in deze inrichting opgeleid?

Welke andere in het specialistenregister ingeschreven specialisten zijn in genoemde inrichting werkzaam?

Zijn aan de inrichting verbonden:

of staat een van deze laboratoria elders ter beschikking b.v. streeklaboratorium?

Bestaat er een intensief contact met de leiders van de in de vorige vraag genoemde laboratoria?

Zijn in de inrichting - voorzover die voor afzonderlijke specialismen is vastgesteld - andere ingeschreven specialisten aanwezig?

Zo ja, wie zijn dit?

Indien het een opleidingsinrichting voor één specialisme betreft, hoe zijn de verhoudingen met bovenvermelde laboratoria?

Welke zijn aanwezig:

Zo niet, hoe hebben deze werkzaamheden plaats?

anaesthesie:

chirurgie:

inwendige geneeskunde:

paediatrie:

pathologische anatomie:

radiologie:

verloskunde & gynaecologie:

een klinisch-chemisch lab. / bacteriol.-serol. lab.

een pathol.-anat. lab. / radio-isotopen lab.

ja/nee

B3. BUITENLANDSE ARTSEN

Zijn in de inrichting buitenlandse artsen in opleiding?

Zo ja, hoeveel en voor welke specialismen?

ja/nee

Visitatierapport deel III

Vragen te beantwoorden door de visitatiecommissie

Betreft het specialisme:

Opleidingsinrichting:

Datum visitatie:

Visitatie verricht door 1.

2.

3.

Deel I betreffende de opleider verzonden d.d.

Deel II betreffende de opleidingsinrichting verzonden d.d.

Voorgaande visitatie d.d.

Met schrijfmachine invullen (s.v.p.)

A. ALGEMEEN GEDEELTE

A6. KLINISCHE WERKZAAMHEDEN

Hoeveel bedden staan de opleider voor de opleiding ter beschikking?

Zijn hieronder particuliere bedden begrepen?

Zo ja, welk aantal?

Zijn deze bedden op één afdeling ondergebracht?

Hoeveel opnamen zijn er per jaar?

Hoe lang is de gemiddelde verpleegduur per opgenomen patiënt?

Worden naast klinische opnamen poliklinische verrichtingen gedaan?

Geeft u een opgave van de klinische en poliklinische verrichtingen in de afgelopen drie jaren.

Een op het specialisme gericht addendum bij te voegen alsmede het jaarverslag van de afdeling of het ziekenhuis.

ja/nee

19.....:

19.....:

19.....:

A7. ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

Wordt van de opgenomen patiënten een uitvoerige en overzichtelijke ziektegeschiedenis opgesteld?

Zijn hierin de poliklinische gegevens verwerkt?

Zijn de gegevens van het laboratorium (klinisch-chemisch, bacteriologisch-serologisch, patholoog-anatomisch) aanwezig?

Zijn de gegevens van de radiologische afdeling aanwezig?

Is de indicatiestelling alsmede de te ondernemen behandeling of ingestelde therapie - scherp omschreven - vastgesteld?

Komen de differentiaal diagnostische overwegingen in de status voor?

Is het uiteindelijke resultaat der behandeling samengevat?

Worden de nieuw opgenomen patiënten en hun ziektegeschiedenissen besproken?

Geven de ontslagbrieven aangaande kwaliteit en inhoud een goede weergave van de verrichte arbeid?

Wordt de door de assistent opgestelde ontslagbrief met de opleider besproken en door hem geïnviseerd?

ja/nee

ja/nee

A8. POLIKLINIEK

Wordt er polikliniek in de opleidingsinrichting gehouden?

Zo ja, hoe is de indeling der poliklinische spreekuren?

Welk is het aantal spreekuren per week?

Zijn de assistenten in opleiding behulpzaam bij de poliklinische werkzaamheden?

Zo ja, hoeveel uren per week en hoeveel maanden gedurende hun opleiding?

Werken zij zelfstandig of onder supervisie op een poliklinisch spreekuur?

Wat is ongeveer het percentage patiënten, dat door de opleider of een der vaste stafleden wordt gezien?

Hoeveel voor uw specialisme als nieuw geldende patiënten worden per jaar poliklinisch ingeschreven?

Is dit aan te geven of loopt de nummering via archiefnummers, waardoor alle disciplines bij elkaar zijn gevoegd?

Hoeveel bezoeken worden per jaar aan de polikliniek gebracht?

Hoe is de poliklinische ziektegeschiedenis?

Zijn deze polikliniekgegevens duidelijk en overzichtelijk of summier ingevuld?

Bevatten zij de noodzakelijke gegevens betreffende samenvatting klinische opname, differentiaal diagnostische overweging, therapie en motivering?

A9. ARCHIEF EN REGISTRATIE VAN ZIEKTEGESCHIEDENISSEN

(Zie ook Medische Registratie, no. B 7)

Hoe worden de ziektegeschiedenissen in het archief ingedeeld?

Wordt dit archief centraal of op de afdeling beheerd?

Wordt er een codering op de diagnose of verrichting toegepast?

Is het archief overzichtelijk ingedeeld en gemakkelijk voor wetenschappelijk onderzoek of follow-up te raadplegen?

A10. CONTACT MET ANDERE SPECIALISMEN

Welke specialismen worden door u als opleider regelmatig geconsulteerd?

Zijn de assistenten bij deze consulten aanwezig?

Hoe is de verhouding tot de radiologische afdeling?

Worden de röntgenfoto's met de röntgenoloog besproken?

Zo ja, zijn de assistenten hierbij aanwezig?

Welke laboratoria worden regelmatig geraadpleegd?

Welke zijn de voornaamste werkzaamheden van deze laboratoria voor uw afdeling?

Hebben de assistenten in opleiding regelmatig contact met deze laboratoria?

Zijn de assistenten bij de bespreking met de leiders van deze laboratoria aanwezig?

Stellen zij zich op de hoogte van de gevolgde methodieken, die tot het diagnostisch resultaat hebben geleid?

Werken zij daar ook of heeft de afdeling een eigen laboratorium?

Hoeveel patiënten zijn in de laatste 3 jaren op uw afdeling overleden?

Worden op de overleden patiënten obducties verricht?

Hoe ligt het percentage obducties?

Worden van de klinische preparaten patholoog-anatomische onderzoeken verricht?

Is een percentage aan te geven?

Zijn er gezamenlijke bijeenkomsten met de assistenten ter bespreking van de klinisch opgenomen patiënten?

Hoeveel tijd per week neemt dit in beslag?

Hoe is dit voor de assistenten in opleiding geregeld?

Verzorgen de assistenten patiëntendemonstraties?

A11. DE OPLEIDING

Worden regelmatig assistenten voor het specialisme opgeleid?

Welk is het gemiddelde aantal in de laatste 3 jaren voor uw specialisme?

Worden ook regelmatig assistenten voor andere specialismen opgeleid? (te zien als vooropleiding)

Wat is het gemiddelde aantal van de bij u in vooropleiding zijnde assistenten op het totale aantal assistenten?

Hoeveel assistenten worden voor andere specialismen per specialisme opgeleid?

Zijn de assistenten in full-time functie op de afdeling werkzaam?

ja/nee

klinisch-chemisch lab. / bacteriol.-serologisch lab.
pathol.-anatomisch lab. / radio-isotopen lab.

19.....:

19.....:

19.....:

Behandelen de assistenten zelfstandig patiënten op een aantal bedden?

Hoe groot is dit aantal per assistent?

Hebben de assistenten naast hun opleiding nevenfuncties?

Worden de nieuw opgenomen patiënten door de opleider of zijn stafleden met de assistenten besproken?

Wordt een duidelijke gedragslijn in de te volgen behandeling aangegeven?

Hoeveel maal per week wordt algemene visite gemaakt?

Worden met de assistenten regelmatig stafbesprekingen gehouden?

Zo ja, hoeveel per week?

Hoeveel maal per maand vinden refereeravonden plaats?

Gaan de assistenten elders ter refereeravond?

Wordt de assistenten een duidelijke opdracht gegeven over de te refereren stukken of boeken?

Wordt bij de bespreking de assistenten een kritisch inzicht bijgebracht, op welke wijze zij de hun toevertrouwde literatuur moeten bewerken?

Hoeveel assistenten zijn betrokken bij een gericht wetenschappelijk onderzoek?

Hoeveel assistenten werken thans aan een promotie-onderwerp?

Wordt op de door de assistenten verzorgde ziektegeschiedenissen en medische correspondentie controle uitgeoefend?

Wordt deze laatste aan kritische bespreking met de opleider onderworpen?

Wordt door de opleider naast vermelde punten extra tijd aan de opleiding der assistenten besteed door b.v. cursorische samenvatting van bepaalde onderwerpen?

Eventueel daaraan verbonden een referaat van de assistent over behandelde stof met inzichten betreffende de moderne literatuur.

Wordt er door de opleider op toegezien, dat de assistenten de gevaren leren kennen van de ioniserende stralen uitzendende toestellen en stoffen?

Worden de jaarlijks door de opleider over de assistenten uitgebrachte rapporten met hen besproken?

Bestaat er een open communicatie tussen opleider en assistent betreffende de aard en kwaliteit van de opleiding?

Is er een aparte afdeling voor het medisch maatschappelijk werk?

In hoeverre is de opleider hierbij betrokken?

Hebben de assistenten regelmatig contact met de functionaris voor maatschappelijk werk?

Hoe functioneert deze afdeling?

ja/nee

B. INRICHTINGSGEDEELTE

B4. POLIKLINIEK

Hoe is de ruimtelijke indeling van de polikliniek?

Voldoet de polikliniek aan de aan het onderhavige specialisme gestelde eisen?

Hoe is de wachtruimte der patiënten?

Worden de poliklinische patiënten op afspraak behandeld?

Is er een (klein) laboratorium aanwezig?

Welke werkzaamheden worden daar verricht?

Hoe is de röntgenafdeling ten opzichte van de polikliniek gesitueerd?

Heeft de desbetreffende specialist eigen röntgenapparaten (doorlichting) ter beschikking?

B5. BIBLIOTHEEK

Wie is met de zorg van de bibliotheek belast?

Is de bibliotheek van moderne werken voorzien?

Welk is het jaarlijks budget voor de aanschaf van nieuwe boeken?

Hoeveel vaktijdschriften voor het betreffende specialisme zijn er aanwezig (vermelding van titels)?

Worden er jaarlijks boekwerken voor dit specialisme aangeschaft?

Zijn er op de kamer van de opleider aanwezige boekwerken ook toegankelijk voor de assistent-geneesheren?

B6. OUTILLAGE VAN DE INRICHTING

Hoeveel is het totaal aantal bedden voor de opleiding?

Hoe zijn deze verdeeld?

Kleinere zalen tot 6 bedden:

Grotere zalen meer dan 6 bedden:

Uit hoeveel kleinere of grotere zalen bestaat een verpleeg-eenheid?

Hoeveel bedden zijn er per verpleegeenheid?

Hoeveel bedden zijn er op een afdeling?

Beschikt de afdeling over een onderzoekkamer?

Hoeveel isolatiekamers zijn er per afdeling?

Is er een klein laboratorium op de afdeling voor direct onderzoek (b.v. voor co-assistenten)?

Hoe is de technische outillage voor het betreffende specialisme

a. op de afdeling:

o.a. apotheekvoorraad

hoe is de controle op de uitgiften?

instrumentarium:

injectiespuiten:

steriele handschoenen:

desinfectie:

b. in speciaal daarvoor ingerichte afdelingen

operatiekamer:

aseptisch:

septisch:

kleine operatiekamer:

voorbereidingskamer:

cystoscopie-kamer:

rectoscopie-kamer:

verkoeverkamer:

verloskamers:

röntgenafdeling en radium of isotopen:

bewaring en inbrenging:

curettagruimte (verrichting klinisch of poliklinisch):

outillage van de reactiverings- of revalidatie-afdeling:

Is er een intensieve verpleegafdeling?

Zo ja, met hoeveel bedden?

B7. MEDISCHE REGISTRATIE

Hoe is de verzorging van de status voor en na het ontslag van de patiënt?

Worden deze centraal opgeborgen?

Blijven zij onder auspiciën van de specialist?

Worden de gegevens uit de status centraal (machinaal) verwerkt?

Zo ja, op welke wijze?

Worden de diagnose(s) en eventuele verrichting(en) gecodeerd?

Zo ja, volgens welk codesysteem?

ja/nee

ja/nee

ja/nee

Wie is belast met de codering?

Worden de gegevens per patiënt systematisch verwerkt?

Zo ja, op welke wijze?

Is de visitatiecommissie van oordeel, dat de verwerking van informatie en codering voldoen aan de voor het specialisme te stellen eisen?

Zijn voor wetenschappelijk onderzoek deze gegevens gemakkelijk te verzamelen en terug te vinden?

Heeft de visitatiecommissie gesproken met de assistent-geneeskundigen betreffende de opleiding?

Zo ja, gaarne een korte rapportage van dit gesprek.

Worden de beoordelingsformulieren A/B betreffende de assistent-geneeskundigen in portefeuille gehouden?

Wordt de evaluatie van de opleiding met de in opleiding zijnde assistent-geneeskundigen besproken?

Wordt in deze opleidingskliniek een opleidingscommissie van belang geacht?

Heeft de visitatiecommissie gesproken met de (medische) directie van de opleidingsinrichting betreffende de opleiding?

Zo ja, gaarne een korte rapportage van dit gesprek eventueel op een aparte bijlage.

Eventuele opmerkingen

ja/nee

C. DEEL GERICHT OP HET SPECIALISME

Hier te vermelden de speciale eisen, waaraan het te visiteren specialisme dient te voldoen.

Jaarverslagen bij te voegen.

Samenvatting en advies der visitatie commissie:

OORDEEL VISITATIECOMMISSIE

1. CONCLUSIE VISITATOREN

Algemene indruk over de opleider en de opleiding:
 Geconstateerde tekortkomingen:
 Noodzakelijk geachte verbeteringen:
 Tijdsbestek waarbinnen deze verbeteringen dienen te zijn
 aangebracht:

.....

.....

.....

.....

2. ADVIES VISITATOREN

Opleiding toegestaan:
 Opleiding te verlengen:
 (tijdsduur aan te geven)
 Opleiding te wijzigen:
 (wijzigingen aan te geven)
 Aan te vullen leemten:
 Opleiding in te trekken:
 Opleiding in te trekken, indien niet binnen de gestelde
 termijn verbeteringen zijn aangebracht:
 (gestelde termijn aan te geven)

.....

.....

.....

.....

.....

De visitatoren:

Declaratie reis- en verblijfkosten:

1.

 (handtekening)

1. Aantal autokilometers km.
 Vervoer per trein f
 Overige kosten f

2.

 (handtekening)

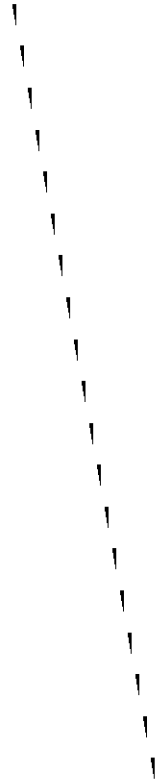
2. Aantal autokilometers km.
 Vervoer per trein f
 Overige kosten f

3.

 (handtekening)

3. Aantal autokilometers km.
 Vervoer per trein f
 Overige kosten f

Datum visitatierapport:



BIJLAGE 5: Het formulier voor de jaarlijkse evaluatie van de opleiding door de opleider en zijn medewerkers, alsmede de assistent-geneeskundigen.

JAARLIJKS FORMULIER

Gezamenlijk door de opleider en zijn medewerkers, alsmede de assistent-geneeskundige(n) te gebruiken bij de evaluatie van de opleiding.

Uiteraard zijn de onderstaande vragen slechts richtlijnen.

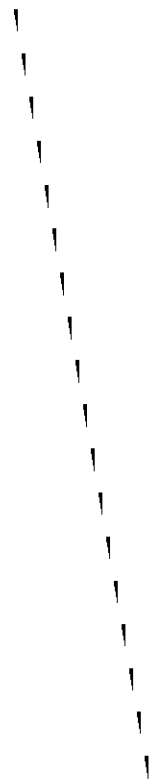
Betreft de opleidingsinrichting:
het specialisme:
de opleider:

Datum:

OPLEIDING	
1	Vindt de opleiding voor uw specialisme plaats a uitsluitend door directe klinische overdracht? b ook cursorsisch?
2	a Door directe klinische overdracht. Wie verzorgt deze? Uw opleider alleen of ook zijn medewerkers en zo ja, welke (tweede specialist, chef de clinique e.a.)? b Cursorsische opleiding. Welke cursussen worden gegeven en door wie? Worden er blokcursussen gegeven en zo ja, welke?
3	Wordt u opgeleid volgens een duidelijk schema en zo ja, is dit schema met u besproken?
4	Hoe dikwijls vindt een stafbespreking plaats? Wie heeft de leiding daarvan?
5	Hoe dikwijls vinden refereerbijeenkomsten c.q. patiëntenbesprekingen plaats? Wie heeft de leiding daarvan? Houden de assistent-geneeskundigen ook referaten?
6	Heeft u voldoende contact met die afdelingen c.q. specialisten, die u nodig hebt voor uw diagnostische en therapeutische handelingen? Zo ja, welke afdelingen c.q. specialisten zijn dit in het algemeen? Zo neen, met welke afdelingen c.q. specialisten niet?
7	Hoeveel specialisten werken er, behalve de opleider, aan uw opleiding mee? a van uw eigen specialisme: full-time? part-time? b van nevenspecialisten en welke?
8	Krijgt u de gelegenheid problemen omtrent diagnostiek, indicatstelling en therapie aan uw opleider of diens medewerkers voor te leggen?
9	Is dit eveneens het geval, indien u problemen van medisch-etische aard heeft?
10	Wordt u gestimuleerd en de gelegenheid gegeven tot het verrichten van het in de opleidingselzen voorgeschreven wetenschappelijk werk? Is daarvoor voldoende tijd beschikbaar? Krijgt u daarbij voldoende begeleiding?
11	Krijgt u voorlichting omtrent de sociale aspecten van de geneeskunde in het algemeen en van uw specialisme in het bijzonder?
12	Hoe beleeft u als assistent-geneeskundige(n) de opleiding? Zijn daar bepaalde leemten in? Zo ja, welke?
WERKPOSITIE	
13	Zijn er in de kliniek geregelde weekeinde- en wachtdiensten? Hoe dikwijls per jaar neemt u deel aan een weekeinddienst- en wachtdienst?

Namens de assistent-geneeskundigen:

Voor gezien,
de opleider:



BIJLAGE 6: Opleidingen en assistenten naar specialisme, 1970-1984

Specialisme	aantal opleidingen			aantal assistenten		
	1970	1977	1984	1970	1977	1984
Allergologie	-	1	2	-	3	1
Anesthesiologie	9	10	10	66	132	161
Cardiologie	8	13	18	33	97	102
Cardiopulmonale chirurgie	-	6	6	-	14	20
Dermatologie	7	7	7	41	52	45
Gastro-enterologie	3	5	7	4	15	21
Heelkunde	47	61	57	298	448	269
Inwendige geneeskunde	54	62	61	327	537	495
KNO - heelkunde	10	10	12	68	66	60
Kindergeneeskunde	20	19	18	114	146	149
Klinische chemie	-	-	4	-	-	3
Longziekten & tuberculose	13	13	17	33	76	65
Medische microbiologie	5	6	9	6	28	34
Neurochirurgie	6	7	8	17	27	13
Neurologie	27	28	37	122	181	168
Oogheelkunde	8	8	8	54	80	74
Orthopedie	12	18	20	22	73	75
Pathologische anatomie	14	17	12	31	55	44
Plastische chirurgie	4	6	6	9	13	11
Psychiatrie	41	65	69	145	409	315
Radiodiagnostiek	-	7	22	-	144	152
Radiologie	20	13	-	87	-	-
Radiotherapie	-	10	9	-	40	18
Reumatologie	7	6	7	14	24	17
Revalidatie	14	17	19	29	42	44
Urologie	15	16	16	24	41	45
Verloskunde & gynaecologie	23	39	46	116	197	148
TOTAAL	367	471	507	1660	2940	2549

Bron: SRC

(Zenuw- en zielsziekten toegerekend aan neurologie en psychiatrie;
aantekening neuro-fysiologie toegerekend aan neurologie)

BIJLAGE 7: Patiëntenbestand in U-, A- en B-opleidingen, voor 5 specialismen
in 1983.

Tabel: A Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op opleidingsafdelingen *INWENDIGE GENEESKUNDE*, naar diagnosegroep en type opleiding.

diagnose groep	omschrijving	type opleiding			totaal
		U	A	B	
001-139	infectieziekten en parasitaire ziekten	2.8	2.6	2.7	2.7
140-239	nieuwvormingen	20.2	16.6	17.7	17.8
240-279	endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	9.3	11.9	11.6	11.2
280-289	bloed en bloedvormende organen	3.9	3.8	3.8	3.8
390-459	hart en vaatstelsel	12.1	15.5	16.1	15.0
460-519	ademhalingswegen	4.9	5.9	6.0	5.7
520-579	spijsverteringsstelsel	11.4	15.8	16.9	15.3
580-629	urogenitaalstelsel	6.2	4.4	3.8	4.5
710-739	bewegingsstelsel en bindweefsel	3.0	2.6	2.4	2.6
780-799	symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	6.9	8.1	8.4	8.0
800-999	ongevalsletsels en vergiftigingen	7.7	5.8	4.2	5.6
	overige diagnosen	11.6	7.0	6.4	7.8
	totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel: B Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op opleidingsafdelingen *KINDERGENEESKUNDE*, naar diagnosegroep en type opleiding*).

diagnose groep	omschrijving	type opleiding			totaal
		U	A	B	
001-139	infectieziekten en parasitaire ziekten	7.3	6.7	8.6	7.3
140-239	nieuwvormingen	9.9	17.1	1.5	9.8
240-279	endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	5.7	3.1	3.0	4.1
290-319	psychische storingen	2.0	1.6	1.7	1.8
320-389	zenuwstelsel en zintuigen	4.8	3.0	3.6	3.9
390-459	hart en vaatstelsel	1.9	0.4	0.6	1.0
460-519	ademhalingswegen	12.6	19.0	14.4	14.8
520-579	spijsverteringsstelsel	4.5	10.0	7.2	6.8
740-759	congenitale afwijkingen	10.7	2.2	4.3	6.2
760-779	aandoeningen perinatale periode	13.2	13.1	33.2	18.0
780-799	symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	8.9	9.8	7.8	8.7
800-899	ongevalsletsels en vergiftigingen	7.3	5.7	5.0	6.1
V01-V29	speciale verrichtingen	4.3	2.3	1.4	2.9
	overige diagnosen	6.9	6.0	7.7	8.6
	totaal	100%	100%	100%	100%

*) Twee U-opleidingen zijn wegens afwijkingen in de registratie niet in de berekeningen betrokken.

Tabel: C Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op opleidingsafdelingen *CARDIOLOGIE*, naar diagnose(groep) en type opleiding.

diagnose groep	omschrijving	type opleiding			totaal
		U	A	B	
393-398	chronische en reumatische hart aandoeningen	1.7	4.1	.8	2.2
410	acuut myocard infarct	17.8	12.0	21.5	17.0
411	overige acute en subacute vormen van ischemische hartziekten	6.6	5.5	4.0	5.5
412	oud myocard infarct	1.0	1.2	1.4	1.2
413	angina pectoris	14.2	8.8	11.2	11.7
414	overige chronische ischemische hartaandoeningen	12.8	22.7	14.0	16.2
420-429	overige hartaandoeningen	24.7	17.1	23.3	22.0
740-759	congenitale afwijkingen	1.3	1.4	.3	1.1
780-789	symptomen	9.9	19.0	10.6	12.9
	overige diagnosen	10.0	8.2	12.9	10.2
	totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel: D Relatieve frequentie van in 1983 geopereerde patienten op opleidings-
afdelingen *HEELKUNDE*, naar operatiegroep en type opleiding.

operatie groep	omschrijving	type opleiding			totaal
		U	A	B	
060-079	operaties van de endocriene klieren	2.2	1.6	1.9	1.8
200-269	operaties van de luchtwegen	2.4	2.4	1.6	2.1
300-369	operaties van het hart-vaatstelsel	21.3	16.0	10.0	14.9
370-389	operaties van het bloed en lymf- stelsel	2.1	1.6	1.4	1.6
390-399	operaties van de mamma	5.4	6.3	7.7	6.6
400-579	operaties van de tractus digestivus	31.0	37.0	41.0	37.2
600-649	operaties van nier- en urinewegen	1.8	.1	.2	.5
650-689	operaties van de mannelijke geslachtsorganen	3.5	2.6	4.3	3.4
800-889	operaties van het bot-spierstelsel	21.3	22.5	21.5	21.9
890-909	operaties van huid en subcutis	5.9	6.5	7.4	6.9
	overige operaties	3.1	3.4	3.0	3.1
	totaal	100%	100%	100%	100%

Tabel: E Relatieve frequentie van in 1983 geopereerde patienten op opleidingsafdelingen *KNO*, naar operatiegroep en type opleiding.

operatie groep	omschrijving	type opleiding		totaal
		U	B	
180-189	operaties van het middenoor	27.4	24.9	26.9
200-209	operaties van de neus	15.5	20.5	16.5
210-219	operaties van de neusholten	5.5	5.3	5.4
220-229	operaties van de larynx en trachea	9.7	8.2	9.4
230-239	operaties van pharynx, tonsillen en adenoid	22.2	35.6	24.9
Y10-Y99	diagnostische en niet-operatieve verrichtingen	10.0	2.9	8.6
	overige operaties	9.7	2.6	8.3
totaal		100 %	100 %	100 %

BIJLAGE 8: Patiëntenbestand van opleidingsafdelingen voor zes specialismen
in 1983.

Tabel II Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op universitaire opleidingsafdelingen *KINDERGENEESKUNDE*, naar diagnosegroep. (*)

diagnose groep	omschrijving	U-OPL ZH1	U-OPL ZH2	U-OPL ZH3	U-OPL ZH4	U-OPL ZH5	U-OPL ZH6
001-139	infectieziekten en parasitaire ziek- ten	4.2	4.1	9.7	2.8	17.0	7.0
140-239	nieuwvormingen	15.9	18.2	4.6	15.2	1.2	..8
240-279	endocriene, voedings- en stofwisse- lingsziekten	3.4	8.3	6.6	7.6	4.1	2.5
290-319	psychische storingen	3.7	1.0	3.4	1.7	1.0	1.4
320-389	zenuwstelsel en zintuigen	6.7	1.7	2.3	7.9	2.9	5.9
390-459	hart en vaatstelsel	1.2	3.4	2.6	1.8	1.5	.4
460-519	ademhalingswegen	13.9	11.2	8.8	9.5	17.4	17.0
520-579	spijsverteringsstelsel	4.1	5.8	4.1	4.8	2.9	5.8
740-759	congenitale afwijkingen	8.7	19.7	11.9	12.1	5.4	4.9
760-779	aandoeningen perinatale periode	6.3	8.8	17.9	5.9	20.5	25.3
780-799	symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	7.6	5.6	8.8	13.4	7.6	7.7
800-899	ongevalsletsels en vergiftigingen	10.2	4.0	6.4	3.2	8.9	15.4
VO1-V29	speciale verrichtingen	4.7	1.0	5.0	6.9	3.9	2.8
	overige diagnosen	9.4	7.2	7.9	7.2	5.7	3.1
	totaal percentage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	absoluut aantal patienten	1190	1241	1249	2017	1473	992
<i>totaal aantal specialisten en assistent-geneeskundigen op deze afdelingen per 1-1-1984: 134 + 80</i>							

(*) Wegens onvolledige registratie zijn twee van de acht opleidingsafdelingen niet in de tabel opgenomen.

Tabel III Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op (niet-universitaire) A-opleidingsafdelingen *KINDERGENEESKUNDE*, naar diagnosegroep.

diagnose groep	omschrijving	A-OPL ZH1	A-OPL ZH2	A-OPL ZH3	A-OPL ZH4
001-139	infectieziekten en parasitaire ziek-	3.9	7.4	9.0	6.5
	ten				
140-239	nieuwvormingen	45.9	.8	.5	.6
240-279	endocriene, voedings- en stofwisse-	4.5	2.5	1.9	3.4
	lingsziekten				
290-319	psychische storingen	1.2	.8	2.2	1.4
320-389	zenuwstelsel en zintuigen	1.8	3.1	4.3	2.1
390-459	hart en vaatstelsel	.2	.8	.7	.1
460-519	ademhalingswegen	19.0	14.9	20.3	19.7
520-579	spijsverteringsstelsel	9.7	9.0	11.8	5.6
740-759	congenitale afwijkingen	.9	4.1	2.7	2.8
760-779	aandoeningen perinatale periode	.8	32.1	12.5	36.5
780-799	symptomen en onvolledig beschreven	5.6	9.7	14.1	7.7
	ziektebeelden				
800-899	ongevalsletsels en vergiftigingen	1.7	6.7	8.3	8.1
Vol-V29	speciale verrichtingen	.7	2.3	4.1	1.1
	overige diagnosen	4.1	5.8	7.6	4.4
	totaal percentage	100 %	100 %	100 %	100 %
	absoluut aantal patienten	2270	648	2575	725
aantal specialisten en assistent-geneeskundigen op deze afdelingen per 1-1-1984: 29 + 26					

Tabel IV Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op B-opleidingsafdelingen *KINDERGENEESKUNDE*, naar diagnosegroep.

diagnose groep	omschrijving	B-OPL ZH1	B-OPL ZH2	B-OPL ZH3	B-OPL ZH4	B-OPL ZH5	B-OPL ZH6
001-139	infectieziekten en parasitaire ziekten	6.7	11.2	10.4	10.2	5.7	8.3
140-239	nieuwvormingen	1.3	2.0	1.4	.5	2.8	1.0
240-279	endocriene, voedings- en stofwisselingsziekten	2.8	4.2	1.4	4.0	2.3	2.7
290-319	psychische storingen	0.4	1.9	2.3	2.5	.7	2.6
320-389	zenuwstelsel en zintuigen	2.9	4.1	1.8	3.7	3.3	4.8
390-459	hart en vaatstelsel	1.0	.6	.7	.3	.6	.6
460-519	ademhalingswegen	16.4	12.3	11.1	11.7	11.1	23.4
520-579	spijsverteringsstelsel	9.3	12.1	7.6	2.7	5.8	7.8
740-759	congenitale afwijkingen	4.7	3.4	1.8	3.4	7.4	3.8
760-779	aandoeningen perinatale periode	35.6	27.6	36.4	43.1	36.5	21.6
780-799	symptomen en onvolledig beschreven ziektebeelden	3.6	7.8	11.1	5.5	10.7	9.0
800-899	ongevalsletsels en vergiftigingen	7.0	4.2	5.1	3.6	5.1	6.1
VO1-V29	speciale verrichtingen	0.4	0.8	3.0	1.4	1.3	2.2
	overige diagnosen	7.9	7.8	5.9	7.4	6.7	6.1
totaal percentale		100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
absoluut aantal patienten		685	853	432	1057	1046	971
aantal specialisten en assisten-geneeskundigen op deze afdelingen per 1-1-1984: 20 + 15							

Tabel VI Relatieve frequentie van in 1983 ontslagen patienten op niet-universitaire A-opleidingsafdelingen *CARDIOLOGIE*, naar diagnose(groep).

diagnose (groep)	omschrijving	A-OPL ZH1	A-OPL ZH2	A-OPL ZH3	A-OPL ZH4
393-398	chronische reumatische hartaan- doeningen	2.8	.4	1.1	7.9
410	acuut myocard infarct	17.5	8.3	19.0	8.7
411	overige acute en subacute vormen van ischemische hartziekten	.8	1.7	17.1	4.5
412	oud myocard infarct	3.6	.1	2.0	.4
413	angina pectoris	20.5	8.0	9.0	4.3
414	overige chronische ischemische hartaandoeningen	4.6	11.9	3.5	43.9
420-429	overige hartaandoeningen	27.3	10.8	22.9	13.8
740-759	congenitale afwijkingen	.7	.4	.2	2.8
780-789	symptomen	11.0	53.2	10.1	7.8
	overige diagnosen	11.2	5.2	15.1	5.9
totaal percentage		100 %	100 %	100 %	100 %
absoluut aantal ontslagen patienten		1428	1865	1479	3498
<i>totaal aantal specialisten en assistent-geneeskundigen op deze afdelingen per 1-1-1984: 26+27</i>					

Tabel VIII Relatieve frequentie van in 1983 geopereerde patiënten op de universitaire opleidingsafdelingen
HEELKUNDE, naar operatiegroep.

operatie groep	omschrijving	U-OPL ZH1	U-OPL ZH2	U-OPL ZH3	U-OPL ZH4	U-OPL ZH5	U-OPL ZH6	U-OPL ZH7	U-OPL ZH8
060-079	operaties van de endocriene klieren	1.4	1.4	1.9	3.3	1.8	1.8	3.4	2.7
200-269	operaties van de luchtwegen	.6	4.9	4.2	.6	1.3	.7	4.1	2.8
300-369	operaties van het hart-vaatstelsel	10.2	7.7	26.0	12.6	11.1	23.8	35.2	35.9
370-389	operaties van het bloed en lymf- stelsel	1.1	1.6	4.6	1.9	1.2	2.3	1.8	1.7
390-399	operaties van de mamma	4.4	7.2	2.1	6.2	8.7	3.6	5.7	7.6
400-579	operaties van de tractus digestivus	32.7	30.1	24.2	36.6	39.3	35.0	29.6	20.8
600-649	operaties van nier- en urinewegen	2.8	.6	.2	4.9	1.2	2.3	2.2	1.1
650-689	operaties van de mannelijke geslachtsorganen	4.6	5.0	3.3	.4	4.2	7.1	.4	1.6
800-889	operaties van het bot-spierstelsel	35.6	32.3	21.4	26.7	18.8	14.7	11.5	17.0
890-909	operaties van huid en subcutis	4.1	5.8	9.0	4.6	8.7	4.8	5.3	3.4
	overige operaties	2.5	3.4	3.1	2.2	3.7	3.9	.8	5.4
	totaal percentage	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	absoluut aantal operaties	3088	2362	4103	2413	3364	4249	3596	2916
<i>totaal aantal specialisten en assistent-geneeskundigen op deze afdelingen per 1-1-1984: 114 + 86</i>									

Tabel X Relatieve frequentie van in 1983 geopereerde patienten op de
B-opleidingsafdelingen *KNO*, naar operatiegroep.

operatie groep	omschrijving	B-OPL ZH1	B-OPL ZH2	B-OPL ZH3	B-OPL ZH4
180-189	operaties van het middenoor	28.2	15.0	27.6	24.7
200-209	operaties van de neus	20.7	26.3	14.2	25.1
210-219	operaties van de neusholten	4.2	9.7	4.8	4.1
220-229	operaties van larynx en trachea	6.4	10.5	4.4	12.8
230-239	operaties van pharynx, tonsillen en adenoid	35.1	29.2	47.9	24.2
Y10-Y99	diagnostische en niet-operatieve verrichtingen	3.4	3.8	.0	5.7
	overige operaties	2.0	5.5	1.1	3.4
	totaal percentage	100 %	100 %	100 %	100 %
	absoluut aantal operaties	624	506	1129	898
totaal aantal specialisten en assistent-geneeskundigen per 1-1-1984 op deze afdelingen: 12 + 2					

BIJLAGE 9: Gemiddelde tijdsbesteding in 8 specialismen, in niet-akademische ziekenhuizen.

Gemiddelde tijdsbesteding van internisten en gynaecologen aan niet-patiënt-gebonden werkzaamheden, in uren per jaar in niet-akademische ziekenhuizen.

		INTERNE GENEESKUNDE				VERLOSKUNDE EN GYNAECOLOGIE			
		solo praktijk	tweemans- praktijk	drie + meermans- praktijk	opleidings- praktijk	solo praktijk	tweemans- praktijk	drie + meermans- praktijk	opleidings- praktijk
		uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren
patiëntgebonden werkzaamheden		2040	2120	2285	2145	2120	2005	1950	1645
Typen niet-patiëntgebonden werkzaamheden	- medische staf	95	75	45	75	80	60	90	70
	- overleg met (co-)assis- tenten	35	25	15	115	20	65	35	190
	- onderwijs aan verpleegkundi- gen	40	45	10	20	40	35	25	10
	- studie/vak- literatuur	105	225	175	200	125	170	95	140
	- professionele organisaties	10	100	30	85	60	60	75	85
	- overige werk- zaamheden (inclusief research)	200	80	145	165	55	60	115	90
TOTAAL		2525	2670	2705	2805	2500	2455	2385	2230

Bron: Walta, 1979
Passchier & Walta, 1981

		CHIRURGIE				KNO			ORTHOPEDIE	
		meermans- praktijk zonder assistent	meermans- praktijk met assistent	B-oplei- dings- praktijk	A-oplei- dings- praktijk	solo praktijk	tweemans- praktijk	drie + meermans- praktijk	niet- opleidings- praktijk	opleidings praktijk
		uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren
patiëntgebonden werkzaamheden		1840	1780	1765	1620	1610	1740	1775	2220	1755
Typen niet-patiëntgebonden werkzaamheden	- medische staf	55	55	85	65	55	75	55	70	20
	- overleg met (co-)assis- tenten	-	55	135	160	-	15	5	10	115
	- onderwijs aan verpleegkundi- gen	25	45	15	25	20	10	5	5	20
	- studie/vak- literatuur	95	150	150	225	55	85	100	205	235
	- professionele organisaties	30	20	40	90	5	20	25	105	140
	- overige werk- zaamheden (inclusief research	80	115	115	95	45	75	60	100	210
TOTAAL		2125	2220	2305	2310	1790	2020	2025	2715	2495

Bron: Poeisz & Walta, 1980
Meegdes & Walta, 1981a en b

Gemiddelde tijdsbesteding van urologen, kinderartsen en longartsen aan niet-patiëntgebonden werkzaamheden, in uren per jaar in niet-akademische ziekenhuizen.

		UROLOGIE			KINDERGENEESKUNDE			LONGZIEKTEN		
		solo praktijk	meermans- praktijk	opleidings- praktijk	* solo praktijk	meermans- praktijk	opleidings- praktijk	solo praktijk	meermans- praktijk	opleidings- praktijk
		uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren	uren
patiëntgebonden werkzaamheden		1990	1760	1885	2065	1815	1860	1930	1963	1755
Typen niet-patiëntgebonden werkzaamheden	- medische staf	85	115	60	120	48	48	55	85	90
	- overleg met (co-)assis- tenten	10	p.m.	70	33	47	112	45	35	135
	- onderwijs aan verpleegkundi- gen	15	10	10	42	55	40	15	5	-
	- studie/vak- literatuur	140	140	215	125	170	240	80	140	90
	- professionele organisaties	70	70	85				45	15	20
	- overige werk- zaamheden (inclusief research)	90	190	105	225**	235**	350**	90	90	55
	TOTAAL	2400	2285	2430	2610	2370	2650	2260	2330	2145

* zonder externe pediatrie

** inclusief tijd, besteed aan professionele organisaties

Bron: Passchier & Walta, 1980

Walta, 1979

Meegdes & Walta, 1980

BIJLAGE 10: KATEGORIEEN KLINISCHE BEKWAAMHEDEN

CATEGORIES OF CLINICAL PERFORMANCE

1. **History:**
Obtaining information from patient.
Obtaining information from other sources.
Using judgment.
2. **Physical Examination:**
Performing thorough physical examination.
Noting manifest signs.
Using appropriate technique.
3. **Tests and Procedures:**
Utilising appropriate tests and procedures.
Applying test methods correctly.
Modifying tests to meet the patient's needs.
Interpreting test results.
4. **Diagnostic Acumen:**
Recognising causes.
Exploring condition thoroughly.
Arriving at a reasonable differential diagnosis.
5. **Treatment:**
Instituting the appropriate type of treatment.
Deciding on immediacy of the needs for therapy.
Judging the appropriate extent of treatment.
6. **Judgment and Skill in Implementing Care:**
Making necessary preparations.
Using correct methods and procedures.
Performing manual techniques properly.
Adapting method to special procedures.
7. **Continuing Care:**
Following the patient's progress.
Modifying treatment.
Planning effective follow-up care.
8. **Physician-Patient Relation:**
Establishing rapport with the patient.
Relieving tensions.
Improving patient co-operation.
9. **Responsibilities as Physician:**
For the welfare of the patient.
For the hospital.
For the health of the community.
For the medical profession.

(Hubbard et al., 1965)

KATEGORIEEN KLINISCHE BEKWAAMHEDEN - INWENDIGE GENEESKUNDE

I. COLLECTING AND INTERPRETING CLINICAL INFORMATION

- A. Obtaining Information from the Patient.
 - 1. Obtaining adequate medical history of patient and/or family.
 - 2. Obtaining relevant social and emotional history.
- B. Checking Multiple Sources for History.
 - 1. Questioning family members.
 - 2. Consulting other sources.
- C. Obtaining Information by Physical Examination.
 - 1. Doing indicated physical examination.
 - 2. Performing examination correctly.
- D. Obtaining Information by Special Tests.
 - 1. Obtaining indicated test data.
 - 2. Applying and interpreting test properly.
- E. Approaching Diagnosis Objectively.
 - 1. Double checking stated or referral diagnosis.
 - 2. Avoiding prejudgments.
 - 3. Giving appropriate emphasis to emotional and physical illness.
- F. Recognising Condition.
 - 1. Recognising specific medical problem.
 - 2. Recognising emotional symptoms.
 - 3. Recognising emotional basis of physical complaint.

II. INSTITUTING AND MAINTAINING COMPREHENSIVE CARE

- A. Administering Therapy.
 - 1. Suitably treating condition.
 - 2. Adapting treatment to special needs.
 - 3. Acting with composure and effectiveness in emergencies.
- B. Treating More Than Immediate Health Problem.
 - 1. Modifying patient's physical or social environment.
 - 2. Dealing with problems of patient and family.
 - 3. Instituting preventive measures.
- C. Working with Health Care Team.
 - 1. Making appropriate use of health care team.
 - 2. Integrating efforts of team members.
- D. Providing Follow-Up Care.
 - 1. Providing for rehabilitative care.
 - 2. Planning home or self-care.
 - 3. Instructing patient and family in home care.

III. PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

- A. Establishing and Maintaining Suitable Relationship.
 - 1. Overcoming communication problems.
 - 2. Acting in discreet, tactful, and dignified manner.
 - 3. Encouraging patient expression.
 - 4. Exploring patient's statements and ideas.
- B. Showing Consideration for Patient and Family.
 - 1. Avoiding needless pain, discomfort, or embarrassment.
 - 2. Avoiding needless alarm.
 - 3. Avoiding needless inconvenience.
- C. Relieving Anxiety of Patient and Family.
 - 1. Reassuring, supporting or calming.
 - 2. Giving adequate explanation of condition, treatment and prognosis.
- D. Insuring Needed Care.
 - 1. Persuading patient to undertake needed care.
 - 2. Eliciting reasons for failure of care.
 - 3. Insuring needed medication or hospitalisation.
 - 4. Making health care accessible.

IV. RESPONSIBILITIES OF A PHYSICIAN

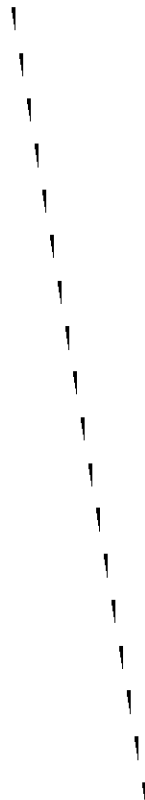
- A. Accepting Responsibility for Welfare of Patients.
 - 1. Heeding the call for help.
 - 2. Devoting necessary time and effort.
 - 3. Meeting commitments.
- B. Maintaining Objectivity.
 - 1. Avoiding bias.
 - 2. Keeping appropriate psychological distance.
 - 3. Handling own emotions.
- C. Recognising Professional Capabilities and Limitations.
 - 1. Doing only what experience permits.
 - 2. Asking for help, advice or consultation.
 - 3. Developing own medical knowledge and skills.
- D. Accepting Responsibility for Community Health.
 - 1. Recognising health needs of other family members.
 - 2. Examining and treating other family members.
 - 3. Preventing spread of infection among hospital patients.
 - 4. Preventing illness in patient's family and others in community.

(Sanazaro & Bates, 1968)

BIJLAGE 11: Assessment of clinical competence - test selection

Major categories

Obtaining the Data Base	Direct observation of real or simulated patients using rating forms PMP's (paper, computer) Observation of selected videotapes or films Record audit
Problem Assessment	PMP's Problem solving structured orals
Diagnostic Acumen	Objective tests Simulations Record Audit Observation of videotapes, stimulus films, slides, X-rays, etc.
Tests and Procedures	PMP's Record audit Objective tests Simulations Problem solving orals
Treatment	PMP's Objective tests Simulations Problem solving orals
Judgment and Skill in Implementing Care	PMP's Psychological tests Direct observation Record audit Role playing orals
Continuing Care	PMP Record audit - outpatients Role playing orals
Doctor-Patient Relationship	Direct observation Patient ratings Role playing interviews Psychological tests Interaction process analysis
Responsibilities As a Doctor	Peer rating Project assessment Record audit Direct observation of ward performance Patient/Nurse ratings
Continuing Education and Evaluation	Direct observation of performance during audits Participation record in educational programmes
Administrative Responsibilities	Objective tests Record audit



LITERATUUR

JME = Journal of Medical Education
LSV = Landelijke Specialisten Vereniging
MC = Medisch Contact
NZI = Nationaal Ziekenhuisinstituut
OvO = Onderzoek van Onderwijs

AAMC (Association of American Medical Colleges: External examinations for the evaluation of medical education achievement and for licensure.
JME 56 (1981) 934-962.

Adviescommissie Opleidingen Geneeskundigen: Rapport.
Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981.

Al C.J.: Heel het ziekenhuis. Deventer, Van Loghum Slaterus, 1981.

Alkin M.C.: Evaluation theory development. In: Teitelbaum H.S.: Supplemental readings for "theories" of evaluation. Michigan State University, 1976.

Betcher T., Maclure S.: The politics of curriculum change.
London, Hutchinson & Co. (Publishers) Ltd., 1978.

Beleidsnota Kindergeneeskunde.
Amsterdam, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde, 1977.

Berg H.H. van den: Specialisten Registratie Commissie vijftig jaar.
MC 37 (1982) 369-378

Blau P.M., Scott, W.R.: Formal organizations.
San Francisco, Chandler Publishing Co., 1962.

Boerema I.: De arbeidstijden in een chirurgische universiteitskliniek. Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde 116 (1972) 1891-1894.

Borich G.D.: Evaluating educational programs and products.
Englewood Cliffs, Educational Technology Publications, 1974.

Bouman F.G.: Discussiestuk voor het Centraal College over het bedden-criterium in de opleidingseisen. Utrecht, Centraal College, 1977.

Brauw P.J.W. de: Medisch tuchtrechter en grenzen gezondheidszorg.
MC 39 (1984) 1447-1448.

Burkens J.C.J.: Kwaliteit en kwaliteitsbevordering in de geneeskundige zorg.
MC 30 (1975) 1243 - 1246.

Centraal Bureau voor de Statistiek: Statistiek van het wetenschappelijk onderwijs 1974/1975. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1980.

Centraal College: Toespraken ter gelegenheid van het vijftienjarig bestaan van het College. Utrecht, Centraal College, 1976.

Chadwick J.: De ontcijfering van Griekenlands oudste schrift. Utrecht, Spectrum 1961.

Cohen D.K.: Politics and research: evaluation of social action programs in education. Review of Educational Research 40 (1970) 213-237.

Coleman J.S. e.a.: Equality of educational opportunity. Washington D.C., V.S. Department of Health, Education and Welfare, Office of Education, 1966.

Colenbrander M.C.: De opleiding tot arts en de specifieke beroepsopleiding. Utrecht, Centraal College, 1974

Commissie van de Europese Gemeenschappen: Richtlijn 75/363/EEG inzake de coördinatie van de wettelijke en bestuursrechtelijke maatregelen betreffende de werkzaamheden van de arts. Brussel, 1975.

Commissie Opleidingsproblematiek Specialismen: Eindrapport. Utrecht, Centraal College, 1982.

Commissie Post-Academisch Onderwijs Geneeskunde: Eerste Interimrapport 1976. Den Haag, Ministerie van O & W, 1976.

Conteneau, G.: Zo leefden de Babyloniërs en Assyriërs. Baarn, Hollandia 1979.

Donabedian A.: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, Health Administration Press 1980.

Dressel P.L. & Associates: Institutional research in the university handbook. London, Jossey-Bass Inc. Publishers, 1971.

Drogendijk A.C., Hall E.V. van: Subspecialisatie in het vakgebied der verloskunde en gynaecologie. MC 29 (1974) 1426-1427.

Duursma S.A., Roelink H.: Post-academisch onderwijs in de geneeskunde. De ontwikkeling in Nederland. MC 37 (1982) 1249-1253.

Dijck J.J.J. van: Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg. In: Keulen, Th.M.A. (red.): Netwerken van organisaties in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn, Stafleu, 1982, 13-28.

Eco U., Sebeok T.A.: The sign of three. Bloomington, Indiana University Press 1983.

Eeftink Schattenkerk J.C.P.: De opleiding van medische specialisten. MC 23 (1968) 1191-1194.

Eeftink Schattenkerk J.C.P.: Ontwikkeling van de heelkundige specialismen. In: Kuijjer P.J. et. al.: de Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 1902-1977, Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema 1977.

Egmond W.G.: Over de opleiding tot vrouwenarts. Leiden, Elve/Labor Vincit, 1979.

Eisner E.W.: On the uses of educational connoisseurship and criticism for evaluating classroom life. Teachers College Record 78 (1977) 345-358.

Eisner E.W.: The educational imagination. New York, MacMillan & Co., 1979.

Etzioni A.: De moderne organisatie. Utrecht, Uitgeverij Het Spectrum, 1974.

Faber R.J.: Simulatietechnieken in het medisch onderwijs. OvO 10 (1981) 4
OvO 10 (1981) 4 8-13.

Feenstra L.: Oorheelkunde in Nederland. MC 33 (1978) 671-672

Festen H.: Uit de geschiedenis van de Maatschappij: Erkenning en registratie
van specialisten. MC 18 (1963) 822-827

Festen H.: Honderdvijfentwintig jaar geneeskunst en maatschappij.
Utrecht, K.N.M.G., 1974

Flehsig K.H., Haller H.D.: Entscheidungsprozesse in der Curriculum-
entwicklung. Stuttgart, Ernst Klett Verlag, 1973.

Gardner D.E.: Five evaluation frameworks. Implications for decision making in
higher education. Journal of Higher Education 48 (1977) 571-593.

Geerling J. et al: Nederlandsche Internisten Vereeniging 1931-1981.
Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1981.

Gool J.D. van, Neijens H.J.: De opleiding tot specialist voor kindergenees-
kunde. MC 31 (1976) 1173-1178.

Gorp W. van (red.): Heel het ziekenhuis. Lochem, De Tijdstroom, 1980.

Grond J.T.H.: Opleiding. In: Kuijjer P.J. et al: Nederlandse Vereniging voor
Heelkunde 1902-1977. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1977, 239-268.

Guba E.G.: Toward a methodology of naturalistic inquiry in educational
evaluation. Los Angeles, University of Calif., Center for the Study of
Evaluation, 1978.

Hall R.H.: Organizations. Structure and process.
Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc., 1982.

Hermann C.: Vrouwelijke artsen in Nederland. Meppel, Krips Repro, 1984.

Heyde M.N. van der: Heelkundigen moeten zelf toekomstige beroepsuitoefening
reguleren. MC 34 (1979) 210-211.

Hofer C.W., Schendel D.: Strategy formulation: analytical concepts.
St. Paul, West Publishing Company, 1978.

Hood C.C.: The limits of administration. London, John Wiley & Sons 1976.

Hoogerwerf A. (red.): Overheidsbeleid. Alphen aan den Rijn, Samson, 1982.

House E.: Evaluating with validity. Beverly Hills, Sage Publ., 1980.

Hubbard, J.P.: Measuring medical education. Philadelphia, Lea & Febiger,
1971.

Jaspers Fr.C.A., Vrijland E.L. (red.): Medische specialisten: vraag en aanbod.
Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1983.

Jaynes J.: The origin of consciousness in the breakdown of the bicameral
mind. Boston, Houghton Mifflin Co. 1982.

Jencks C. et al: Inequality: a reassessment of the effect of family and schooling in America. New York, Basic Books, 1972.

Johnson M.: Evaluation reflections. The locus of value judgments in educational program evaluation. Studies in Educational Evaluation 5 (1979) 109-122.

Keuning D., Eppink D.J.: Management en organisatie: theorie en toepassing. Leiden, Stenfert Kroese, 1982.

Klauw C.F. van der, Lubbers M.: Evaluation of education: a review. Rotterdam, Erasmus Universiteit, Onderwijs-Research, 1979.

K.N.M.G.: De kwaliteit van de medische beroepsuitoefening. MC 35 (1980) 1624-1636.

K.N.M.G.: Erkenning en Registratie van Medische Specialisten. Utrecht, KNMG 1981.

K.N.M.G.: Rapport van de Commissie Problematiek van de vrouwelijke arts. MC 38 (1983) 702-708

Kok W.G.C.: Ziekenhuis en opleiding tot specialist. MC 39 (1984) 1045-1048.

Kuijjer P.J. et al: De Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 1902-1977. Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1977.

Lamont C.T., Hennen B.K.E.: The use of simulated patients in a certification examination in family medicine. JME 47 (1972) 789-795.

Landelijke Specialisten Vereniging: Rapport van de taakgroep relatie bestuur, directie en medische staf. Utrecht, Landelijke Specialisten Vereniging, 1976.

Landelijke Specialisten Vereniging: Intercollegiale toetsing medisch specialisten. Utrecht, L.S.V.-informatiereeks 6, 1980.

Lapré R. (red.): Budgettering in de gezondheidszorg. Alphen aan den Rijn, Stafleu, 1984.

Leeuwen Rapport van: Advies inzake de relatie tussen ziekenhuis en specialist. MC 30 (1975) 21-27.

Lindblom C.E., Cohen D.K.: Usable knowledge. Social science and social problem solving. New Haven and London, Yale University Press, 1979.

Lindblom C.E.: The policy-making process. Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1980.

Lindeboom, G.A.: Op de tweesprong. MC 23 (1968) 11-19.

Lindeboom, G.A.: Centraal College staat voor een veelheid van problematiek. MC 26 (1971) 351-356.

Lindeboom, G.A.: Rede bij de aanvang van een nieuw werkjaar. MC 28 (1973) 166-168.

Lindeboom, G.A.: Opening van het nieuwe werkjaar. MC 30 (1975) 290-292.

Ludbrook J., Marshall V.R.: Examiner training for clinical examinations. British Journal of Medical Education 5 (1971) 152-155.

Lugt P.J.M. van der: Specialistenopleiding en nascholing door een onderwijsbril bekeken. MC 32 (1977) 201-205.

Maathuis J.B., Merkus J.M.W.M., Koning Gans H.J. de: Visie van assistenten op de opleiding en het functioneren van de gynaecoloog. MC 29 (1974) 1422.

Mandema E.: De betekenis van enkele ontwikkeling in de geneeskunde voor de internist. In: Geerling J. et al: Nederlandse Internisten Vereniging 1931-1981. Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1981, 21-53.

Masterbroek W.F.G.: Conflicthantering en organisatie-ontwikkeling. Alphen aan den Rijn, Samson, 1982.

Meegdes J.G., Walta H.F.: Longartsen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1980.

Meegdes J.G., Walta H.F.: KNO-artsen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1981a.

Meegdes J.G., Walta H.F.: Orthopaeden in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1981b.

Meegdes J.G.: Functieplanning voor ziekenhuizen. Lochem, De Tijdstroom, 1984.

Ministerie van O en W: Derde nota onderwijsemancipatie. Concept. Den Haag, Ministerie van O en W, 1983.

Ministerie van VOMIL: Advies van de Gezondheidsraad: Centra voor Neurochirurgie. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1978a.

Ministerie van VOMIL: Beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling. Tweede Kamer der Staten-Generaal (Vergaderjaar 1978-1979) nr. 15 540, 1978b.

Ministerie van VOMIL: Handleiding bij de toepassing van artikel 29, eerste lid Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1979a.

Ministerie van VOMIL: Advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid: Ontwerp voor een algemene maatregelen van bestuur ex artikel 1, eerste lid Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1979b.

Ministerie van VOMIL: Regelen ter bevordering van een doelmatig stelsel van voorzieningen voor gezondheidszorg (WVG), memorie van antwoord. Tweede Kamer der Staten-Generaal (vergaderjaar 1979-1980) nr. 14181, 1979c.

Ministerie van VOMIL: Notitie inzake de kwaliteitsbewaking in de gezondheidszorg. Leidschendam, Vomil, 1980.

Ministerie van VOMIL: Nota patiëntenbeleid. Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981.

Ministerie van VOMIL: Nota Volksgezondheidsbeleid bij beperkte middelen. Tweede Kamer der Staten-Generaal (vergaderjaar 1983-1984) nr. 18108.

Ministerie van WVC: Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening 1985 waarin opgenomen een raming van de kosten tot 1980. Tweede Kamer der Staten-Generaal (vergaderjaar 1984-1985) nr. 18600.

Mintzberg H.: The structuring of organizations.
Englewood Cliffs, Prentice Hall, 1979.

Montagne M.: Evaluating educational programs. A comparative design.
Evaluation and the health professions 5 (1982) 477-488.

Muller H.: De wetenschap en de Vereniging voor Heelkunde, 1947-1972.
In: Kuijjer P.J.: Nederlandse Vereniging voor Heelkunde 1902-1977.
Utrecht, Bohn, Scheltema en Holkema, 1977, 201-238.

Murphy R.T.: Accreditation. In: Anderson S.B., Ball S., Murphy R.T. (eds.):
Encyclopedia of educational evaluation. San Francisco, Jossey-Bass Publ.,
1976, 4-7.

Mur-Veeman I.M.: Ziekenhuisbeleid; een toetsing van beleid en beleidsvorming
in het algemeen ziekenhuis aan bedrijfskundige criteria. Oss, Witsiers, 1981.

Mijn W.B. van der: Registratie. MC 28 (1973) 1025-1028.

Mijn W.B. van der: Beroepswetgeving in de gezondheidszorg. Deventer, Kluwer
1982.

Natress L.W.: Orthopaedic in-training examination. JME 44 (1969) 878-895.

Nevo D.: The conceptualization of educational evaluation: an analytical
review of the literature. Review of Educational Research 53 (1983) 117-128.

Newble, D.I.: Evaluation of clinical competence.
Adelaide, Advisory Centre for University Education, 1977.

Nieuwenhuizen C.L.C.van: Ontstaan, werkwijze en beleid van het Centraal
College. MC 23 (1968) 487-496.

Nieuwenhuizen C.L.C. van: Over de noodzakelijkheid van samenwerking tussen
universitaire en niet-universitaire ziekenhuizen. MC 24 (1969) 625-632.

Nieuwenhuizen C.L.C. van: Het algemene ziekenhuis en de opleiding van
specialisten. MC 26 (1971) 1361-1364.

Nieuwenhuizen C.L.C. van: Actuele problematiek waarmee het Centraal College
wordt geconfronteerd. MC 27 (1972) 289-291.

Nieuwenhuizen, C.L.C. van: Kosten opleiding medische specialisten in niet-
universitaire ziekenhuizen. M.C. 27 (1972) 375 - 376

Nieuwenhuizen C.L.C. van: De vrije uitwisseling van artsen in E.E.G.- landen.
MC 28 (1973) 605-615

Nieuwenhuizen C.L.C. van: 15 Jaar Centraal College.
Utrecht, Centraal College, 1976

NZI: Project behoefteraming medische specialisten. Zie:

Walta H.F., 1979a

Walta H.F., 1979b

Poeisz J.J., Walta H.F., 1980

Meegdes J.G., Walta H.F., 1980

Passchier J., Walta H.F., 1980

Meegdes J.G., Walta H.F., 1981a

Passchier J., Walta H.F., 1981a

Meegdes J.G., Walta H.F., 1981b

Passchier J., Walta H.F., 1981b

Otter G. den: Wensen aangaande inhoud en organisatie van de specialisten-opleiding. Utrecht, Centraal College, 1974.

Otter G. den: The training of a surgeon in the Netherlands. Archivum Chirurgicum Neerlandicum, 1978.

Otter G. den: The Dutch Concilium Chirurgicum as an instrument of quality assessment in surgical training. Amsterdam, Vrije Universiteit, 1979.

Pannekoek J.H.: De opleiding van medische specialisten. MC 23 (1968) 1229-1233.

Parlett M., Hamilton D.: Evaluation as illumination: a new approach to the study of innovatory programs. In: Glass G. van: Evaluation studies review annual I. Beverly Hills, Sage Publ., 1976, 140-157.

Passchier J., Walta H.F.: Urologen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1980.

Passchier J., Walta H.F.: Gynaecologen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1981a.

Passchier J., Walta H.F.: Oogartsen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1981b.

Pellegrino E.D.: The identity crisis of an ideal. In: Ingelfinger F.J. et al: Controversy in internal medicine II. Philadelphia, Saunders Company, 1974, 41-50.

Petersen D.G.: Accrediting standards and guidelines. Washington, Council on Postsecondary Accreditation, 1979.

Piekaar A.J.: De opleiding van medische specialisten. MC 23 (1968) 1169-1171.

Poeisz J.J.: Medische specialisten in Nederland. Utrecht, NZI, 1973.

Poeisz J.J.: Medische specialisten in Nederland 1972-1977. Utrecht, NZI, 1978.

Poeisz J.J., Walta H.F.: Chirurgen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1980.

Polanyi M.: Personal knowledge. Chicago, University of Chicago Press, 1958.

Polanyi M.: Knowing and being. Chicago, University of Chicago Press, 1969.

Pols J.: Enkele gedachten over de opleiding tot psychiater in Nederland. Tijdschrift voor Psychiatrie 19 (1977) 38-54.

Reerink E.: Beschrijving van specifieke modellen van junior-coassistent-schappen. Leiden, Faculteit der Geneeskunde, 1971.

Reerink E.: Gestructureerde kwaliteitsbevordering in algemene ziekenhuizen in Nederland. Leiden, Boerhaave Commissie, 1980.

Rivlin A.M.: Systematic thinking for social action. Washington D.C., Brodings Institution, 1971.

Romme M.A.J.: Opleiding psychiatrie aanpassen aan de eisen van deze tijd.
MC 33 (1978) 1445-1448.

Roo A.A. de: Vergelijking van medische curricula.
Rotterdam, Faculteit der Geneeskunde, 1971.

Roo A.A. de, Moen J.J.: Medische Onderwijsprogramma's, een terreinverkenning.
Rotterdam, Faculteit der Geneeskunde, 1977.

Roo A.A. de: Interdisciplinariteit en medisch onderwijs. OvO 7 (1978) 3, 9-12.

Roo A.A. de: Het project evaluatie specialistenopleidingen. Eerste uitwerking van de onderzoeksopzet. Rotterdam, Vakgroep Onderwijs-Research, Faculteit der Geneeskunde, 1979.

Roo A.A. de: Beschrijving van het beleid van het Centraal College.
Rotterdam, Vakgroep Onderwijs-Research, Faculteit der Geneeskunde, 1980a.

Roo A.A. de: De organisatie van de opleidingen tot medisch specialist.
Rotterdam, Vakgroep Onderwijs-Research, Faculteit der Geneeskunde, 1980b.

Roo A.A. de: Veranderingen om en in de specialistenopleidingen. Een oriënterend beeld. Rotterdam, Vakgroep Onderwijs-Research, Faculteit der Geneeskunde, 1980c.

Roo A.A. de: Probleemanalyse van het opleidingsbeleid van het Centraal College. Rotterdam, Vakgroep Onderwijs-Research, Faculteit der Geneeskunde, 1981.

Roo A.A. de: Wijzigingen in de opleidingseisen. Een uitwerking van in de probleemanalyse voorgestelde veranderingen. Rotterdam, Vakgroep Onderwijs-Research, Faculteit der Geneeskunde, 1982.

Roo A.A. de: Rapport enquête aandachtsvelden neurologen, uitgebracht aan de Nederlandse Vereniging voor Neurologie. Rotterdam, Studierichting Algemene Gezondheidszorg, 1984a.

Roo A.A. de: Rapport enquête aandachtsvelden urologen, uitgebracht aan de Nederlandse Vereniging voor Urologie. Rotterdam, Studierichting Algemene Gezondheidszorg, 1984b.

Rossi P.H., Freeman H.E., Wright S.R.: Evaluation: a systematic approach.
Beverly Hills, Sage Publications, 1979.

Sanazaro P.J., Bates B.: A joint study of teaching programs in comprehensive medicine. JME 43 (1968) 777-789.

Schalm L., Roos J.: De geschiedenis van het Concilium van de Nederlandse Internisten Vereniging. In: Geerling, J. et al.: Nederlandse Internisten Vereniging 1931-1981, Utrecht, Bohn, Scheltema & Holkema, 1981, 104-124.

Scheerens J.: A criticism of educational criticism.
Amsterdam, RITP, 1978.

Schnabel P.: De psychiater in beeld. Utrecht, Nationaal Centrum voor Geestelijke Volksgezondheid 1982.

Scriven M.: The methodology of evaluation. In: Stake R.E. (ed.): AERA monograph series on curriculum evaluation, no. 1. Chicago, Rand McNally, 1967, 39-89.

Scriven M.: The methodology of evaluation. In: Worthen B.R., Sanders J.R.: Educational evaluation: theory and practice. Worthington, Ch.A. Jones Publ. 1973.

Scriven M.: Standards for the evaluation of educational programs and products. In: Borich G.D. (ed.): Evaluation educational programs and products. Englewood Cliffs, Educational Technology Publ., 1974, 5-24.

Shapiro E.C., Driscoll S.G., Lane M.S.L., Books E.F.: Shared schedule training. JME 54 (1979) 576-578.

Silverman D.: The theory of organizations. London, Heinemann Educational Books Ltd., 1972.

Snellen I.Th.M.: Benaderingen in strategieformulering. Alphen aan den Rijn, Samson, 1975.

Spierdijk J.: Een landelijke theoretische opleiding tot anesthesioloog. MC 34 (1979) 613-614.

Stake R.: Evaluating the arts in education. Columbus, Ohio, Charles E. Merrill Publ. Co., 1975.

Stake R.E.: Evaluating educational programs. The need and the response. Parijs, Organisation for Economic Co-operation and Development, 1976.

Stake R.E.: The countenance of educational evaluation. In: Bellack A.A. & Klieband H.M. (eds.): Curriculum and evaluation. Berkeley/California, McCutchan Publ. Comp., 1977, 372-389.

Stake R.E.: The case study method in social inquiry. Educational Researcher 7 (1978) 5-8.

Steiner G.A., Miner J.B.: Management policy and strategy. Text readings and cases. New York, MacMillan Publishing Co. Inc., 1977.

Stenhouse L.: An introduction to curriculum research and development. London, Heinemann Educational Books Ltd., 1976.

Stichting Medische Registratie: Jaarboek 1980 landelijke medische registratie. Utrecht, Stichting Medische Registratie, 1982.

Stichting Medische Registratie: Jaarboek 1981 landelijke medische registratie. Utrecht, Stichting Medische Registratie, 1983.

Stichting Medische Registratie: Jaarboek 1982 landelijke medische registratie. Utrecht, Stichting Medische Registratie, 1984.

Structuurnota Gezondheidszorg. MC 29 (1974) 1049-1063

Studiecommissie betreffende de betrekkingen tussen het algemene specialisme Inwendige Geneeskunde en de tot inwendige geneeskunde behorende deel-specialismen: Rapport. MC 22 (1967) 1036-1052.

Studiecommissie Geriatrie: Rapport. Utrecht, Centraal College, 1980.

Studiecommissie Heelkundige Specialismen: Rapport. MC 27 (1972) 1291-1303.

Studiecommissie Meervoudig Opleiderschap: Rapport.
Utrecht, Centraal College, 1972.

Studiecommissie Nucleaire Geneeskunde: Rapport.
Utrecht, Centraal College, 1980.

Studiecommissie Opleidingscommissies van het Centraal College voor de
erkenning en registratie van medische specialisten: Rapport.
MC 28 (1973) 1328-1330.

Studiecommissie Revalidatie: Rapport. Utrecht, Centraal College, 1972.

Stufflebeam D.L. et al: Educational Evaluation and Decision Making.
Itaca, F.E. Peacock Publishers Inc., 1971.

Stufflebeam D.L., Webster W.J.: An analysis of alternative approaches to
evaluation. In: Freeman H.E., Solomon M.A.: Evaluation Studies Review Annual.
Beverly Hills, Sage Publications, 1981, 70-85.

Thompson J.D.: Organizations in action. New York, McGraw-Hill, 1967.

Tiddens H.A., Willighagen R.G.J., Wijnen W.H.F.W.: Medisch onderwijs in
ontwikkeling. MC 30 (1975) 1077-1085.

Tyler R.W.: Basic principles of curriculum and instruction.
Chicago, University of Chicago Press, 1950.

Vereniging van Assistent-Geneseskundigen in de Heelkunde: Resultaten van een
enquête onder de leden. MC 31 (1976) 935-936.

Vereniging van Nederlandse Vrouwelijke Artsen: Beleidsnota. De VNVA vandaag
en morgen. MC 34 (1979) 1384-1385.

Verreck W.A.: Positie assistent-geneeskundigen in opleiding tot medisch
specialist. Eindhoven, Landelijke Vereniging van Assistent Geneeskundigen,
1980.

Vink L.P.H.J. de: Specialistische opleidingen in de jaren 1967 - 1977;
Opleidingsinrichtingen, medewerkers, bedden, assistent-geneeskundigen.
Utrecht, S.R.C., z.j.

Voorontwerp Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
Den Haag, Staatsuitgeverij, 1981.

Voorneman-Hammelburg R.: Post-academisch onderwijs geneeskunde.
MC 33 (1978) 1295-1299.

Voorthuisen A.E. van: A critical evaluation of the training of specialists in
the Netherlands. In: Co-operation of health care and education at regional
level. Den Haag, Ministerie van O en W, 1978, 74-79.

Walta H.F.: Kinderartsen in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1979a.

Walta H.F.: Internisten in ziekenhuispraktijken. Utrecht, NZI, 1979b.

Ward A.D van: A problem-solving oral examination for family medicine.
JME 49 (1974) 673-679.

Weinberg E.: Part-time residency training.
Journal of the American Medical Association 210 (1969) 1435-1437.

Weiss C.H.: Evaluation Research. Methods of assessing program effectiveness.
Englewood Cliffs, Prentice-Hall Inc., 1972.

Weiss C.H.: Conceptual issues in measuring the utilization of research and information. Paper presented at the Annual Meeting of the Evaluation Research Society, Minneapolis, 1979.

Werkgroep Wachtende Huisartsen: De pas afgestudeerde arts tussen wal en schip? Een onderzoek naar de duur en de besteding van de tijd tussen het artsexamen en de beroepsopleiding. Nijmegen, Huisartseninstituut 1980.

Wetsontwerp Voorzieningen Gezondheidszorg: Handelingen.
Tweede Kamer der Staten-Generaal (vergaderjaar 1976-1977) nr. 14181.

Wheeler D.K.: Curriculum Process.
London, University of London Press Ltd., 1973.

Wissema J.G. (red.): De praktijk van strategische beleidsvorming.
Amsterdam, Intermediair. 1979.

Worthen B.R., Sanders J.R.: Educational evaluation: theory and practice.
Worthington/Ohio, Ch.A. Jones Publ. Co., 1973.

Young K.E. et al: Understanding accreditation. London, Jossey-Bass, 1983.

ZAKENREGISTER

Aantekening, 143
Akkreditatie-beweging, 12
Algemene doelen, 40
Allergologie, 81
Anesthesiologie, 82, 140, 180
B-opleiding, 70, 91, 92
Basiskursus heelkunde, 181
Beleidsinstrumenten, 41, 76
Beoordeling van de assistent, 66, 67, 74-76, 159-169, 191
Beoordeling van de opleiding, 76, 193
Beoordelingsprocedure, 162, 165
Beslissings-gericht onderzoek, 11, 16, 24-33, 55
Besluitvorming, 23, 30, 31
Cardio-pulmonale chirurgie, 65, 81
Cardiologie, 95, 111, 139
Civiel effect van registratie, 137, 145
"Connoisseur-based" studie, 11, 19, 24-34, 55, 59
Deeltijdse opleiding, 129-132, 155, 183-188
Didaktische werkvormen, 66
Differentiatie, 143
Diskrepancies, 45, 46, 50
Doelgroep, 23, 32, 33, 34, 39
Eisen aan de opleiders, 68-69
Eisen aan de opleiding, 70-37?
Eisen aan de opleidingsinrichting, 69-70
Evaluatie-objekt, 8, 24, 25, 31
Gastro-enterologie, 65, 81, 139
Heelkunde, 81, 111, 139
Inhoud opleiding, 66, 141, 149-158
Inwendige geneeskunde, 81, 92, 111, 138
KNO-heelkunde, 92, 95, 111, 139, 156
Kindergeneeskunde, 95, 111, 140?
Kliënt-gericht onderzoek, 11, 20, 24-33, 56
Klinische chemie, 65, 81
Klinische geriatrie, 65

Kollegiale beoordeling, 5, 11, 13, 21, 24, 34, 59
Konsument-gericht onderzoek, 11, 16, 24-33, 55
Kriteria, 25, 26
Kwasi-evaluatie, 12
Leerdoel-gericht onderzoek, 14, 15
Leermeester-gezel relatie, 66, 73
Longziekten & tuberculose, 139, 143, 180
Maatstaven, 23, 27, 30
Medische microbiologie, 65, 81, 140, 180
Neurochirurgie, 82, 143
Neurologie, 64, 81, 139, 140
Nucleaire geneeskunde, 65
Onderwijs-beleidsstudie, 11, 15, 24-33
Oogheelkunde, 143, 181
Opleidingsbevoegdheid, 85, 91
Opleidingskommissie, 84
Opleidingskommissie, 167, 171, 176
Opleidingsnetwerk, 39, 85
Opleidingsteam, 162, 171, 172, 178
Orthopedie, 143
Pathologische anatomie, 65, 140, 143
Plastische chirurgie, 81, 82, 95, 111, 143, 156
Pseudo-evaluatie, 12
Psychiatrie, 64, 81, 180
Radiodiagnostiek, 64, 139
Radiologie, 64
Radiotherapie, 64, 82, 139
Reumatologie, 139
Revalidatie, 65, 143, 180
Specialistenexamens, 163
Specifieke doelen, 41
Tacit knowledge, 27, 30
Theoretisch onderwijs, 67, 151, 159, 165, 179-185
Urologie, 139, 155
Verloskunde & Gynaecologie, 81, 139, 150
Visitatie(kommissie) 2, 41, 76, 85, 155, 161, 172, 175, 89-194
Voortgangstoets, 167, 181

AUTEURSREGISTER

BALDRIDGE, 4
BERG, van den, 49
BLAU & SCOTT, 39
COHEN, 15
DIJCK, van, 40
DRESSSEL, 7
DROGENDIJK & HALL, van, 105
DUURSMA, 129
EISNER, 20, 31, 34
ETZIONI, 39
FABER, 164
FEENSTRA, 142
FESTEN, 1, 48, 52
GARDNER, 5, 21, 22, 30
GEERLING, 48
GOOL, van, 123
GROND, 2
GUBA, 18
HALL, 45
HEYDE, van der, 105
HOGERWERF, 40, 41
HOUSE, 11, 17, 20, 21, 22, 27, 34
JOHNSON 6, 25, 27
KLAUW, van der, 22
KOK, 4
KUIJER, 48, 105
LINDELOM, 31
LINDEBOOM, 43, 48, 99, 105, 120, 127, 140
LUGT, van der, 123
MAATHUIS, 150
MANDEMA, 137
MASTENBROEK, 39
MEEGDES, 93, 110
MIJN, van der, 49, 51, 82, 141
MONTAGNE, 17

MURPHY, 13
NEVO, 11, 22, 24
NIEUWENHUIZEN, van, 10, 42, 43, 48, 49, 66, 92, 99, 105, 120, 140
OTTER, den, 48, 120, 123
PARLETT & HAMILTON, 17
POLANYI, 27
POLS, 105
REERINK, 5, 126
ROMME, 105
ROO, de, 8, 59, 126
SCHALM & ROOS, 2, 157, 172
SCHEERENS, 20
SCRIVEN, 16, 29, 34
SHAPIRO, 184
SILVERMAN, 39
SPIERDIJK, 123
STAKE, 6, 11, 21, 22, 26, 32
STUFFLEBEAM, 14, 29, 41
STUFFLEBEAM & WEBSTER, 11, 22
TIDDENS, 126
TYLER, 14
VOORTHUISEN, van, 179
WEINBERG, 184
WEISS, 29, 31
WORTHEN & SANDERS, 11, 22
YOUNG, 7, 13

CURRICULUM VITAE

Aad de Roo werd geboren op 7 april 1943 te Voorburg. Na de lagere school, die deels te Bandung werd doorlopen, legde hij in 1959 in Voorburg het MULO-A examen af en in 1962 het HBS-B examen. In 1963 begon hij de studie Politieke en Sociale Wetenschappen aan de Universiteit van Amsterdam. In 1972 werd hij na zijn doktoraalexamen wetenschappelijk medewerker bij de vakgroep Onderwijs-Research van de Medische Faculteit van de Erasmus Universiteit. In die functie hield hij zich bezig met onderzoek en ontwikkeling van het opleidingsbeleid van medische faculteiten. Van 1979 tot 1982 evalueerde hij het opleidingsbeleid van het Centraal College voor Erkenning en Registratie van Medische Specialisten. In 1982 werd hij hoofdmedewerker bij de Studierichting Algemene Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit. In deze functie verzorgt hij onderwijs op het gebied van het beleid en de organisatie van de gezondheidszorg. Zijn onderzoek richt zich op cliënt(patiënt)-gerichte marktstrategieën van gezondheidszorginstellingen en op kwaliteitsbewaking door middel van kollegiale beoordeling. In 1984 ontving hij van de W.F. Kellogg Foundation een beurs om in de Verenigde Staten en Canada op het laatstgenoemde terrein onderzoek te verrichten.

